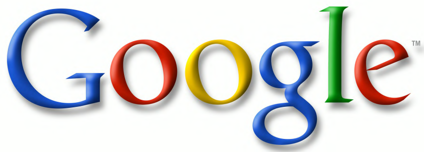
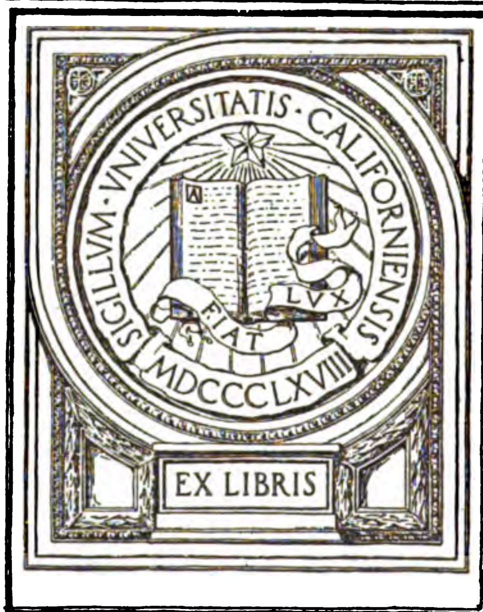




Nederlandsch tijdschrift voor verloskunde en gynaecologie

Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging, Société royale belge de gynécologie et d'obstétrique

l.


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT

VOOR

VERLOSKUNDE EN GYNAECOLOGIE.

UITGEGEVEN VAN WEGE

de „Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging".

ONDER REDACTIE VAN

Prof. Dr. HECTOR TREUB, Prof. Dr. G. C. NIJHOFF

EN

Prof. Dr. B. J. KOUWER.

ELFDE JAARGANG.

HAARLEM.
DE ERVEN F. BOHN.
1900.

INHOUD.

EEN JAAR VERDER,

DOOR

Dr. VAN BUUREN,

te Kedirie.

Den 15den Mei 1898 werden te Kedirie twee geëxamineerde Inlandsche vroedvrouwen aangesteld. We tellen thans Mei 1899.

Een vol jaar zijn ze dus werkzaam geweest. Daar dat jaar niet alleen voor haar, maar voor het geheele verloskundige vraagstuk van het hoogste belang is geweest, wil ik trachten eerst zooveel mogelijk kritiek te leveren op hetgeen de verschillende woordvoerders in deze aangelegenheid te berde gebracht hebben en daarna den geheelen gang van zaken bespreken.

Een der eersten, die deze questie aanroerde was Dr. Monnikendam, in zijne voordracht, gehouden op de tentoonstelling van Vrouwenarbeid.

Deze wijst op het scherpe verschil, dat gemaakt moet worden tusschen de hulp, die voor Europeesche vrouwen, en die, welke voor de Inlandsche bevolking noodig is.

Hij denkt, dat door opleiding van vroedvrouwen in Ned. Indië de verloskundige hulp dáár in geen geval beter zal worden, dan ze nu is; tenzij men van alle vroedvrouwen volledige geneeskundigen zou kunnen maken; en verwacht alleen heil van vrouwelijke artsen voor de vrouwelijke Mahomedaansche bevolking.

Met het redenaarstalent, het kamerlid den Heer van Kol eigen, weêrlegt deze grootendeels de beweringen van Monnikendam.

Waarom de opleiding van Europeesche vrouwen tot vroedvrouwen, waarom niet de verarmde Europeesche of Indo-Europeesche in Indië zelf? Waarom hen niet de gelegenheid gegeven een middel van bestaan te erlangen, liever dan ze in ellende te doen voortleven?

Ten volle stem ik in met die woorden van den Heer van Kol, voeg zelfs aan de zijne toe, dat ik de Europeesche- of Indo-Europeesche vrouw in Indië verre prefereer boven de — ja, het klinkt misschien dwaas, maar 't is ter onderscheiding — Hollandsche Europeesche vroedvrouw, omdat ze intellectueel veel hooger staan.

Is de algemeene klacht niet in Europa, dat het peil der vroedvrouwen nog zoo laag staat! Verpleegster wil iedereen worden

daar ziet niemand tegen op, maar tegen vroedvrouw bestaat nog een tegenzin, omdat de stand niet in aanzien is.

Hier is dat geheel anders. Wat hier opleiding vraagt, zijn in den regel vrouwen uit beschaafden stand, vrouwen of weduwen van officieren en diergelijken.

Slechts vier Dames heb ik tot accoucheuses gevormd; en van die vier konden drie Fransch en Duitsch verstaan. Is dit in Holland ook zoo? Waarom dringt Brennecke (Handbuch f. Krankenversorgung u. Krankenpflege Bd. 1. Abth. 2) er zoo op aan „wie nothwendig es ist gebildete Frauen als Hebammen auszubilden".

Neen, te dien opzichte deel ik volkomen de opinie van den Heer van Kol. Zoo de Regeering ooit het verkeerde stelsel van Monnikendam wilde volgen om Europeesche vrouwelijke verloskundige hulp voor de Inlandsche bevolking te geven, dan in de eerste plaats die in Indië zelf gerecruteerd.

Behalve toch, dat de vrouwen hier — zooals reeds gezegd — intellectueel hooger staan, zijn ze bekend met land, taal en volk, en niet, of in veel minder mate, aan acclimatisatie-processen blootgesteld.

Maar het geheele idée is in elk geval af te keuren, omdat het den Staat ontzettende schatten zou kosten, zooals straks zal worden aangetoond, en, omdat we op andere meer rationeele wijze tot een goed resultaat kunnen geraken.

Een ernstiger schrijver is Dr. Bervoets. Zijn stuk: „Verloskundige hulp aan Inlanders" in het Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië, Deel 38, heeft ten rechte vermaardheid gekregen.

Edoch, op vele punten kan ik het niet met hem eens zijn, vooral waar het de verloskundige questie geldt.

Hij zegt: „eere hen, die in deze blijken hebben gegeven van diep medegevoel met het „vermeende" lijden hunner medemenschen" enz.

Hiertegen moet ik al dadelijk protest aanteekenen.

Het „vermeende" lijden, daarmede kan bedoeld zijn, dat het lijden der barende vrouw als „enkel individu", dat hulpeloos dáár ligt, niet zoo erg is. Of eene andere uitlegging, dat wanneer men den toestand der barenden (of tijdelijk lijdenden), globaal genomen, vergelijkt met andere ziekten, de eersten niet in zoo'n ongunstige conditie verkeeren.

Het lijden nu van de vrouw, die in barensnood verkeert en niet geholpen wordt, is ontegenzeggelijk verschrikkelijk.

Zooals ik reeds vroeger schreef, heb ik tooneelen gezien, die meer dan aangrijpend waren; die ik nooit vergeten zal.

Eene vrouw met peritonitis acutissima, wier zieltogend lichaam

getrapt en bespuwd wordt; een andere, die na zes dagen in partu gelegen te hebben, bij mij gebracht wordt met een totaal gangraen van vulva en vagina; nog eene, wier blaas bijna gesprongen is door de urine, die zich dag aan dag ophoopt en geen uitweg heeft; kinderen, die men laat sterven tusschen de beenen der moeder, omdat de placenta niet geboren wordt; ja nog verschrikkelijker, het levend kind, dat met het lijk der moeder nog verbonden te samen begraven wordt! enz. enz.

Zijn dat geen vreeselijke feiten? En, moet niet met alle kracht, die in ons is, getracht worden, aan dat zeker niet „vermeend" lijden een eind te maken?

Met opzet heb ik vroeger alle jacht op sentimentaliteit vermeden, omdat het zoo weinig afdoende is, en zoo gemakkelijk te weerleggen.

Het kost niet de minste moeite om andere woorden tegenover de uwe, collega Bervoets, te plaatsen, waar u tot de groote schare, die nimmer het groen der kampongs zal terugzien zegt: „draagt uwe blindheid met gelatenheid, uwe vrouwen, uwe zusters, uwe dochters zullen door onze zorgen voorspoedig verlost worden." of tegen den kuchenden, uitgemergelden teringlijder: „sterf gerust en kalm, wij zullen zorgen, dat uwe vrouw bij hare ophanden zijnde bevalling goed geholpen wordt."

Gesteld dat een kindje naar u toekomt, dankbaar, dat u het van zijn oorlijden heeft afgeholpen, u zeggend: „Docter, ik kan nu weer heerlijk hooren, want, toen dagen lang mijne moeder lag te steunen en te kermen, heb ik alles afgeluisterd. Nu en dan kreunde ze op vreeselijke wijze, dan weer hoorde ik een gil, die me door hart en ziel ging. Ten laatste stootte ze afgebroken, reutelende geluiden uit, tot het doodstil werd".

Zeg, waarde collega, zou dat kind u erg dankbaar zijn? Of, zou het misschien gedacht hebben: Was ik nog maar hardhoorend als vroeger, dan zou ik tenminste die akelige noodkreten mijner moeder niet gehoord hebben!

Of, een ander kindje komt tot u, dat oogpatiëntje van u geweest is.

„Ja Docter, nu voel ik geen zandkorreltje meer in de oogen, en zien doe ik, zooals nooit tevoren. Toen mijne moeder eergisteren gestorven is, heb ik haar door pijn verwrongen gelaatstrekken gezien Haar buik was vreeselijk opgezet, haar oogen waren in de kassen weggezonken, en schuimend bloed borrelde nog uit neus en mond. Ik kon wel alles goed zien, maar Docter, het was mijne moeder, die ik zóó zag!"

Voelt u niet — om uwe woorden tot de mijne te maken — dat philanthropie zonder oordeel pijn gaat doen?

Maar, laten we ons niet door ons gevoel laten meeslepen en weer tot de koude, nuchtere werkelijkheid terugkeeren.

Het lijden dus van 't enkele individu was heusch niet „vermeend", maar misschien lag dit ook niet in uwe bedoeling en meendet gij dat de noodige verloskundige hulp voor Java tegenover de noodige algemeen geneeskundige hulp verre achter moet blijven.

U haalt ten bewijze daarvan de volgende cijfers der door u in drie jaren behandelde gevallen aan:

Ophthalmologische	gevallen	totaal	3269.
Chirurgische	„	„	3003.
Interne	„	„	5301
Obstetrische	„	„	25.

Die cijfers leeren alleen, dat u zich met zeldzame opoffering en kracht aan uwe taak wijdt.

Doch als bewijs, dat obstetrische hulp minder noodig is, kan ik die getallen niet aanvaarden.

In de eerste plaats moet het obstetrisch cijfer per se altijd lager staan, omdat, volgens uwe eigen berekening, op 10600 zielen slechts 436 bevallingen voorkwamen of 1 op de 24 inwoners; daardoor kunnen de andere gevallen zeker meer worden dan de verloskundige. Ieder mensch toch kan ziek worden, maar niet ieder kan kinderen baren.

Voorts heeft u zich eene verkeerde voorstelling der zaken gemaakt. U denkt, dat Europeesche geneeskundige hulp bij inlandsche vrouwen niet gewild is.

Dit geloof ik niet. Natuurlijk, dat een volk niet met een tooverslag afstand doet van traditie en bijgeloof, dat het *bang is voor het nieuwe*, maar, dat het de vroedvrouw *op den duur* tegenover de doekoen zal leeren préfereeren, daaraan twijfel ik geen oogenblik.

Neen, niet tegen de Europeesche hulp zal men gekant blijven, maar tegen de Europeesche „mannelijke" hulp.

U haalt zelf voorbeelden aan, dat uw binnenkomen om te helpen, geen onaangenamer indruk had kunnen maken dan eene doods manifestatie, maar... Markatie mocht helpen, en heeft geholpen.

Eene andere vrouw Frami, laat u thuis en wordt door eene opgeleide vroedvrouw geassisteerd enz. Dan is men niet tegen de hulp, maar tegen den helper, tegen den man. En dit is immers een algemeen bekend Oostersch begrip, dat men in Engelsch-Indië evengoed aantreft als hier.

Reeds om deze redenen is uw obstetrisch cijfer onjuist, waar het moet gelden als bewijs dat die hulp minder noodzakelijk is.

Maar dan nog. U heeft duizende gevallen van ophthalmologischen, chirurgischen of internen aard gehad. Waar kwamen al die men-

schen vandaan; en over hoeveel honderd duizende zielen, over welke afstanden strekken die cijfers zich uit?

Zie, ik kan me voorstellen, dat iemand met zieke oogen, of met beenwonden, of anderszins zich tot u wendt om geholpen te worden; maar eene gezonde flinke vrouw, die zich niet bewust is van het gevaar, dat haar boven het hoofd hangt; die niet begrijpen kan — ingesluimerd als ze is bij het idée, dat het bij de meesten goed gaat — dat haar morgen de ellendigste dood wacht door dwarsligging van het kind; door weeënzwakte in de 2e periode; door placenta praevia; door nabloeding enz.; dat die vrouw palen ver loopen zal om u — als man nog wel — te vragen of alles wel goed zal gaan; neen, dat kunt u zich evenmin als ik van de zorgelooze Javaansche vrouw voorstellen.

Heeft dit feit geen invloed op uw obstetrisch cijfer?

Er is echter meer. Hadt u eene juiste vergelijking willen maken tusschen noodige verloskundige- en noodige algemeen geneeskundige hulp, dan hadt u cijfers tegenover cijfers moeten plaatsen; dus, tegen de opgaven aangaande de verlossingen in de Christengemeenten Modjowarno, Bongsoredjo, Kertoredjo, Ngoro en Tebel, hadt u de andere ziekte-gevallen in diezelfde dessa's dienen op te geven.

U zegt, in drie jaren zijn op 436 verlossingen drie vrouwen door uwe hulp aan den dood ontrukt, en drie zijn in het kraambed gestorven. Hoeveel kinderen er tijdens den partus, of aan navelinfectie, gestorven zijn, daarvan is geen woord vermeld. Of zijn die waardeloos?

Maàr goed, ik mag gerust aannemen, dat van de 436 zonder uwe assistentie 6 gestorven zouden zijn, of ruim 13 op de duizend.

Heeft u een zelfde procentisch aantal blinden of ernstige chirurgische gevallen in die gemeenten gehad?

Hier te Kedirie, heb ik wèl dertien blinden op de duizend inwoners aangetroffen, maar hier zijn de hygiënische verhoudingen veel slechter. Uw kring bepaalt zich tot menschen, die door den zeldzamen persoon van den zendeling Kruijt te Modjowarno geheel gemodificeerd zijn.

Wanneer ik vroeger te Djombang eene vaccine-inspectie hield, dan kon ik precies aanwijzen, wie Christenen waren en wie niet. De Christenen zagen er frisch uit, netjes, zindelijk, waren beleefd en voorkomend, in één woord, ze vormden een schril contrast met den gewonen, onverschilligen, vuilen Javaan. En nog erger is de toestand hier te Kedirie, waar we te doen hebben met eene bevolking, die op 1.200.000 zielen minstens *twee tonnen gouds per maand* aan opium verschuift.

(Wist U dat wel, collega Monnikendam, toen u schreeft, dat de inlandsche bevolking te arm is om de vroedvrouwen te kunnen onderhouden? Dit is helaas een officieel cijfer. Er wordt hier dus te Kedirie *f* 2.— opium per hoofd of ± *f* 10.— per gezin en per jaar verbruikt.)

De hygiënische toestanden zijn hier bepaald slecht. Maar of ze elders, behalve te Modjowarno, en misschien nog enkele plaatsen, beter zijn?

U releveert nog de cijfers van Dr. Kohlbrugge te Tosari, maar, houd me ten goede, waar ik beweer, dat u zulks doet, omdat ze u in uwe kraam te pas komen en niet omdat u ze volkomen betrouwbaar vindt. Kohlbrugge schrijft:

„Daar in de dessa Tosari, waar ik de bevolking meer van nabij ken, in 4 jaren, gedurende welke ik voor het verkrijgen van anthropologische resultaten mij meer speciaal aan de behandeling der inlanders ook binnenshuis wijdde, slechts 3 vrouwen in het kraambed stierven, zoo pleit dit voor de geringe sterfte in het kraambed".

Want, gedurende die 4 jaren moeten *ongeveer* 296 bevallingen plaats gehad hebben en stierf dus ook *ongeveer* 1°/₀ der barende vrouwen.

Hij stelt het aantal accouchementen te hoog, n.l. 1 op 18 inwoners. Pauw stelt die verhouding 1 tot 40 en volgens ons zou dit 1 op 24 zijn. In deze laatste verhouding zou het aantal bevallingen te Tosari niet 296 maar $\frac{5328}{24} = 222$ bedragen hebben. Daarbij stierven 3 vrouwen, of ruim 13 op de duizend bevallingen.

Om nog even op uwe cijfers terug te komen. Er zouden, dat mogen we gerust aannemen, 6 vrouwen op de 436 barenden gestorven zijn te Modjowarno; dus, waar relatief gunstige hygiënische verhoudingen bestaan.

Volgens Kohlbrugge komt 1 geboorte op 18 inwoners, of voor Java 1.700.000.

Dr. Pauw berekent dat getal op 800.000. Onze cijfers ten dien opzichte komen vrijwel overeen en liggen in het midden der hunne, want $\frac{1.700.000 + 800.000}{2} = 1.250.000$. U berekent op 10612 zielen 436 bevallingen, dus op 32.000.000: 1.308.000 en ik kwam tot het cijfer 1.300.000 accouchementen per jaar.

Maar goed, nemen we het laagste cijfer 1.250.000; daarvan sterven 13 op de duizend, of ruim 19000 per jaar, die ellendig, zonder hulp, op de vreeselijkste wijze omkomen.

Voeg daarbij nog het zeer groot aantal kinderen, dat tijdens de bevalling of aan navel-infectie sterft.

Hebben we dan nog het recht te spreken van een „vermeend lijden", in welken zin ook opgevat?

Neen, stellig en zeker neen. We hebben te maken met een ernstigen volksnood, die alleen door krachtige middelen kan verholpen worden.

Aux grands maux les grands remèdes; en niet de wijze van handelen, zooals door u aanbevolen.

U vindt de tegenwoordig gevolgde wijze van opleiding tot Inlandsche vroedvrouw onbillijk en onjuist beoordeeld. U wilt, dat ieder Europeesch geneesheer, die daarvoor geschikt geacht wordt, zijne leerlingen recruteert uit de in zijne buurt liggende dessa's en een cursus in verloskunde opent, welke drie jaren duren zal, en die gevolgd wordt door hoogstens zes meisjes. Voor iedere leerling-vroedvrouw zal voor den duur van bedoelde opleiding *f* 25.— toelage per maand toegekend worden, ter bestrijding van onkosten voor voeding, huisvesting enz. Eindelijk stelle men vast, dat elke inlandsche vroedvrouw, zoodra zij zich in eene dessa gevestigd heeft, ter uitoefening van haar vak, eene maandelijksche toelage van het Gouvernement zal genieten van *f* 10.—

Dit stelsel door u aanbevolen, is door anderen terecht veroordeeld.

Wil de Regeering werkelijk het volk helpen, uitstekend, maar, dat zij het dan ook goed doe; zóódanig dat er in de toekomst eenig vooruitzicht is om tot het doel te geraken, d. w. z. algemeen goede verloskundige hulp voor geheel Java.

Het is toch niet de vraag, of op één of meerdere kleine plekjes van Java, òf te Modjowarno, òf ter hoofdplaats Kedirie een betere toestand te scheppen is.

Neen, we moeten tot een stelsel komen, waardoor geheel Indië geholpen kan worden.

Zal dat dan met uwe methode gelukken?

„Zes meisjes of vrouwen in drie jaar, en als ze examen gedaan hebben keeren zij naar hunne dessa terug", is uwe leus.

Er zijn, als ik me wel herinner, 700 dessa's alleen in de afdeeling Djombang, aldus moet u 700 vroedvrouwen *alleen voor die afdeeling hebben*. Opgeleid worden zes vrouwen per drie jaar, zoo zal, als allen altijd slagen, slechts 348 jaren noodig zijn om die afdeeling alleen van vroedvrouwen te voorzien; aangenomen, dat intusschen geen enkele sterft.

Dan zal het Gouvernement *f* 10.— 's maands subsidie geven, of *f* 7000 's maands alleen voor Djombang. Wie zal dat betalen?

Ook is uwe arbeidsverdeeling geheel onjuist. Er zijn, zooals over de geheele wereld, dorpen (hier dessa's) met 60, andere met 4000 inwoners. De vroedvrouw in de kleine dessa's zal nooit werk genoeg hebben, en daardoor nooit in staat zijn, in haar eigen onder-

houd te voorzien; en als dàt niet kan, dan kunnen we gerust met opleidingen of opleidinkjes ophouden, omdat subsidiëering op den duur te kostbaar wordt. En hoe is het met uw systeem, als uit eene kleine dessa twee of meer leerlingen te erlangen zijn; en uit de groote geen enkele?

De eenige juiste indeeling is die naar het aantal inwoners, en dan nog op zoo'n wijze dat de vroedvrouw aan de eene zijde niet te veel werk krijgt, doch anderzijds ook niet te weinig. Ik kom straks op dit interessante en cardinale punt terug,

Maar, neem voor 't oogenblik aan, dat éène vroedvrouw op 4000 zielen komt, dan zijn er 8000 accoucheuses noodig. Neem nog eens aan, dat van alle civiel-geneesheeren de helft wilde en mocht opleiden, en volgens uw systeem, zes in de drie jaar, dan zou er een kleine honderd jaar noodig zijn, vóór we ons doel bereikt hadden; en alweêr moeten allen dan slagen en moet niemand sterven.

Het kan zijn, dat u deze argumenten over het hoofd gezien heeft, om des te heftiger op te treden tegen eene centrale inrichting — eene vroedvrouwschool. In vele opzichten ga ik daarin met u mee. Er zijn ontegenzeggelijk nadeelen aan soortgelijke inrichtingen verbonden, maar als u zegt, dat u niet één voordeel van zulk eene kweekschool weet op te noemen, dat ook niet door particuliere opleiding verkregen kan worden, dan gaat u stellig te ver.

Professor Treub heeft u daar reeds op geantwoord, in de voorrede mijner brochure: „Nog iets over de verloskundige hulp in Nederlandsch-Indië", door te zeggen, dat uit een paedagogisch oogpunt de tegenwoordige opleiding eene volmaakt verkeerde is.

„Dergelijk onderwijs kan niet dan in hoogst zeldzame gevallen behoorlijk vruchten dragen.

„De voor het verloskundig onderwijs aan a. s. vroedvrouwen, zal het eenige waarde hebben, absoluut onontbeerlijke hulpmiddelen staan niet ieder medicus ten dienste, die gedurende eene tijdelijke plaatsing hier of daar een paar vroedvrouwen gaat opleiden.

„En zelfs van hen, die eene vaste standplaats hebben, kan men niet vergen, dat zij de onderwijshulpmiddelen in behoorlijken staat hebben voor zóo'n luttel aantal leerlingen.

„Hoe weet men verder dat zij, die de vergunning aanvragen om vroedvrouwen op te leiden, daartoe ook de noodige geschiktheid hebben? Ook hier geldt de tekst. „Multi enim vocati sunt, pauci vero sunt electi"."

Tot zoover Prof. Treub.

In „die Commission zur Reform der geburtshilflichen Ordnung im preussischen Staate 1898" zegt Dr. Dietrich: Grosse Lehranstalten in den Provinziallehranstalten haben selbstverständlich mehr

Lehrmaterial als die Kleinere der Regierungsbezirke. Ein Material von 4 à 500 Entbindungen im Jahre ist das Erstrebenswerte, weil sich andernfalls nur wenig Gelegenheit bietet, pathologische Geburten: Querlagen, vorliegender Mutterkuchen, Eklampsie, enge Becken und Aehnliches zu demonstrieren. Alle diese Zustände sollten die Hebammen weinigstens einmal miterlebt haben, um sie in der Praxis erkennen zu können.

Die Zahl der Entbindungen, welche eine Schülerin sieht, schwankt in Deutschland zwischen 3 à 4 und 500! In Blomberg, Gumbinen sahen die Schülerinnen 3 bis 4 Entbindungen; in Paderborn, Erfürt, Posen 4 bis 6; dagegen in Hanover 330, und in Köln 500.

Die Hebammen einer kleinen Anstalt sind, wie ich dies z. B. bei Wittenberg beobachtet habe, nicht mehr in der Lage, selbst bald nach ihrer Entlassung von der Lehranstalt, eine sichere Diagnose zu stellen.

Es kann nicht dringend genug empfohlen werden, nur grosse Provinziallehranstalten einzurichten, und die kleinere ganz auf zu heben".

U ziet, dat de voordeelen eener school niet gering zijn, en dat mannen als Treub, Brennecke en Dietrich met klem waarschuwen tegen kleine inrichtingen. Juist in Duitschland, waar men de nadeelen dier schooltjes heeft leeren kennen, is men daar zoo sterk tegen.

Dat ik plaatselijke opleiding heb aanbevolen, geschiedde met geheel andere oogmerken dan de uwe. We staan in Indië aan het begin eener grootsche onderneming. Er moeten 8000 inlandsche vroedvrouwen gevormd worden. Wat mee kan werken tot dat doel, werke mee, onverschillig of dit door eene school of door eene plaatselijke opleiding gedaan wordt. Zijn we eenmaal dáár, waar we zijn moeten, dan dienen uitsluitend groote scholen het jaarlijks benoodigd contingent te leveren. Dan lossen de schooltjes zich op in de scholen, en zullen de vroegere plaatselijke gelegenheden tot opleiding altijd de voedingshaarden blijven voor de groote inrichtingen, omdat het volk met het goede doel bekend is.

Wanneer hier te Kedirie eenige jaren met de plaatselijke opleiding is doorgegaan en er komt later eene school te Soerabaja of Semarang, dan zal het altijd gemakkelijk zijn om van hier uit individuën te recruteeren.

Thans meen ik het te mogen ontraden de plaatselijke opleiding op te heffen, ook al mag het onderwijs niet geheel dàt zijn, wat er van verlangt wordt. Thans is elke verandering eene verbetering, omdat de toestand niet slechter kan dan hij op 't oogenblik is.

Toch moet — wil de plaatselijke opleiding eenig effect sorteeren, aan deze grootere uitgebreidheid gegeven worden en zijn hieromtrent der Regeering voorstellen ingediend, die nog op antwoord wachten.

Met dit alles heb ik willen betoogen, dat tegen eene opleiding als *stelsel*, zelfs van *6 vrouwen*, eens in de drie jaren, zeer veel te zeggen valt; en dat ik mij gaarne schaar bij hen, die dit stelsel afkeurden.

Was uwe oplossing van het inlandsch verloskundige vraagstuk niet gelukkig, nog minder is dit het geval, waar u poogt dit op te lossen voor de Europeesche maatschappij. U schrijft daaromtrent:

„Dit probleem komt mij echter voor uitermate gemakkelijk oplosbaar te zijn; een geneesheer, die eenigen tijd in Indië gepractiseerd heeft, en van Indische toestanden eenige ervaring heeft opgedaan, zal in een kwartier klaar zijn met zijn antwoord; als hem opgave gedaan is van het aantal Europeesche vrouwen boven de 20 jaar, in Nederlandsch Indië verblijf houdende, en van het aantal Europeesche vroedvrouwen, thans in Insulinde aanwezig. Blijkt het, dat dit laatste aantal te gering is, dan kan dit euvel al even eenvoudig verholpen worden. De regeering roepe dan zooveel Hollandsche vroedvrouwen op, als hier te kort bevonden worden en geve haar dusdanige toelage, dat haar bestaan gewaarborgd is. Heel wat eenvoudiger, veel minder kostbaar, en in menig opzicht heel wat verkieselijker komt mij deze oplossing voor dan die, waarbij minstens eene verloskundige school in Indië noodzaak is".

U denkt dus, dat nog nooit een medicus zich de moeite getroost heeft om een kwartiertje af te zonderen en na te denken, hoe deze ernstige aangelegenheid te regelen zou zijn?

Neen, ik stel het me anders voor. Er zullen zeker vele geneesheeren zijn, die daar lang en serieus over gedacht hebben, en juist dat lang en serieus denken heeft hen tot de overtuiging gebracht, dat dergelijke maatschappelijke toestanden niet zoo gemakkelijk en tevens goed te veranderen zijn.

Wat zou het nut van zoo'n regeling wezen? Ik wil maar weer Kedirie nemen, omdat ik hier bekend ben met de toestanden. Het aantal Europeesche vrouwen, dat in deze Residentie per jaar bevalt, bedraagt gemiddeld 75; eventjes genoeg voor één vroedvrouw. Maar die menschen wonen op dagreizen afstand van elkaâr. Hoe kan nu één vroedvrouw hen helpen?

U wilt zeggen, dan kunnen ze bij de vroedvrouw komen, want, als Mohamad niet tot den berg komt, dan komt de berg tot Mohamad. Dat is onjuist gezien, dat kunnen de meeste menschen — employés op ondernemingen — niet betalen. En die dit kunnen doen, zullen zich dan veel liever door een geneesheer laten helpen.

En dan, die oproeping van Hollandsche vroedvrouwen is stellig verkeerd. De hoofdreden is al beantwoord door den heer van Kol, maar ook moet ik u tegenspreken, waar u de goedkoopte dezer handeling aanprijst.

Zou die opleiding in Holland ook geen geld kosten? Moeten die menschen, als ze klaar zijn, geen subsidie voor uitrusting hebben, geen vrije overtocht? Zou dat alles bij elkaâr minder bedragen dan de kosten eener opleiding hier in Indië? Ik betwijfel 't sterk!

De hulp voor Europeesche vrouwen wordt van zelf beter met de inlandsche vroedvrouwen. Zoolang het aantal Europeesche vrouwen op ééne plaats te gering is, om in het bestaan eener Europeesche vroedvrouw te voorzien, zullen zij geholpen worden door een geneesheer of door eene inlandsche geëxamineerde. Kan de Europeesche vroedvrouw zelfs maar een matig loon verdienen, dan staan er meer dan genoeg vrouwen klaar om die taak op zich te nemen.

Wanneer thans eene dame zich tot mij wendt met het verzoek om opgeleid te worden, raad ik het haar altijd *ten sterkste af*, omdat ze geen toekomst heeft. Haar doel is natuurlijk om voor zich en haar gezin een ordentelijk stuk brood te verdienen. Dit is tegenwoordig, *zoolang de doekoen nog bestaat*, zelfs op hoofdplaatsen haast niet mogelijk. Dit is ook de reden, waarom ze op den duur degenereeren, en waarom Stratz zich over hen beklaagd heeft. Geen werk, geen verdiensten, dat zijn de vooruitzichten voor de Europeesche vroedvrouw. En niet eene subsidiëering zal dien toestand veranderen, maar wel het ontnemen van de verloskundige hulp aan onbevoegden.

Nog dezer dagen kreeg ik een brief van eene vroegere leerlinge van me, waarin ze me schrijft: „Zoo ziet u, dat ik nog even arm ben met mijne accoucheuseschap. Ik zou zoo gaarne mijne kinderen eene behoorlijke opvoeding geven, maar ik ben werkelijk te arm."

„Dus," zullen mijne tegenstanders redeneeren: „dan is die hulp der onbevoegden niet zoo slecht, als die geprefereerd wordt." Doch dit is onjuist. De hulp is en blijft slecht, maar men ziet, door zóó te oordeelen, de menschelijke fouten over het hoofd. Onbevoegde hulp is goedkooper en de redeneering is (ook zelfs van collega Pauw) „het gaat immers dikwijls toch nog goed".

Ik was onlangs op eene hoofdplaats en ontmoette een hooggeplaatst rechterlijk ambtenaar, die me met groote vreugde vertelde, dat hij zich een kies had laten trekken door een Chinees.

„En u schaamt zich niet, dat te vertellen op eene plaats waar u goede tandheelkundigen heeft?

„Waarom? Het is goed gegaan en ik heb maar *f* 5 betaald."

Waar nu een ambtenaar met *f* 800.— 's maands zóó denkt en handelt, wat zal de smalle gemeente dan doen?

Zij zegt precies hetzelfde met de doekoen. Gaat het goed, dan wiegt men zich zelf in slaap: „goed gegaan en weinig betaald." Gaat het niet goed, dan wordt immers de Docter gehaald, en als

't dàn nog niet goed afloopt, dan heeft de doekoen niet het kwaad gesticht door te laat hulp te roepen, maar dan was het een wanhopig geval, want de Docter kon het evenmin als de doekoen.

Bestaat diezelfde strijd tegen onbevoegde hulp niet door de geheele wereld, natuurlijk met nuanceeringen?

In Indië echter is nog te weinig orde en regel; te weinig Staatszorg.

De hoofdpunten, waarin ik met u in opinie verschilde, zijn behandeld, en nu wil ik nog eens eenige détails aanroeren.

U beschuldigt uwe leerlingen, omdat ze u zelden met vragen lastig vallen, van onbevattelijkheid.

Professor Treub schrijft in „De Vrouw en de Studie": „Wanneer men studenten vragen voorlegt, waarbij het aankomt op „denken, op verwerken van het opgenomene gedurende dien langen „tijd van geestesoefening, is het meestal treurig met hen gesteld. „Ik ben overtuigd, dat mijne ambtgenooten dezelfde ervaring heb„ben opgedaan."

U stelt verder, tegenover de groote voordeelen der inlandsche vrouw als accoucheuse, gemis aan eigen oordeel en inzicht, en de voor haar altijd noodzakelijke contrôle.

Het eerste kan ik volstrekt niet als waar accepteeren. Mijne ondervinding, die ten dien opzichte grooter is dan de uwe, heeft me het tegendeel geleerd; en ik twijfel er geen oogenblik aan of deze woorden zult u later intrekken; trouwens, zooals Markati (uwe Leerlinge) bij de vrouw van den Assistent Wedono gehandeld heeft, bewijst al eenigszins het tegendeel.

Ook heb ik vele gevallen vermeld in het door mij reeds geschrevene, waarin ze getoond hebben wèl goed oordeel en inzicht te hebben. Hieronder zal ik nog meer voorbeelden aanhalen, maar vooral een zeer treffend meen ik hier te mogen releveeren.

Eene der door mij opgeleide inlandsche vroedvrouwen assisteert bij eene Europeesche dame te....

Na den goed verloopen partus treedt eclampsie op. Ze herkent dat ziektebeeld dadelijk, waarschuwt den man en laat onmiddellijk een geneesheer roepen.

Deze komt en vertrekt boos, dat men hem voor zoo'n kleinigheid laat roepen; met een: boekan eclampsie itae" (dat is geen eclampsie) liet hij de vroedvrouw staan. Deze dringt er op aan een ander geneesheer te laten halen. Hij komt en gaat heen juist zooals de eerste.

Op uitdrukkelijk verlangen van de vroedvrouw wordt een derde er bij geroepen. Deze heeft al het mogelijke gedaan, doch helaas, de vrouw is, na uren lijden gesuccombeerd — aan eclampsie.

Wie heeft hier gemis aan oordeel en inzicht getoond?

En de noodzakelijke contrôle, voor wie is die niet noodig?

Zouden wij die niet even noodig hebben als de vroedvrouwen?

U moet me wel begrijpen. Het door u geschrevene is helder en juist, maar u heeft den mensch beschreven, zooals die overal en in alles teruggevonden wordt, en de ondeugden daarvan alleen de vroedvrouwen aangewreven.

Zoo zegt u: „Oneerlijkheid is niet in 't spel, maar een aange- „boren natuurlijke gemakzucht, welke hen er toe brengt, eene po- „ging te wagen, of het niet wat minder kan."

Welnu, ziet u maar eens, hoe de aseptische of antiseptische maatregelen door vele collega's uitgeoefend worden, zoodra het verband met den meester niet meer gevoeld wordt!

Verder gaat u met te beweren, „dat ze nooit in staat zullen zijn „om hunne kennis op te frisschen; ze hebben geen tijdschrift, of „nieuw handboek."

Maar zullen ze dat ook nooit krijgen? Hebben de Docters Djawa dat dan niet gekregen? Dat is eenvoudig een questie van tijd. Zoodra er genoeg individuën zijn, b.v. een paar honderd, dan twijfel ik niet of dat alles zal komen, maar nu, voor een stuk of tien, gaat dat immers niet.

Alvorens van uw stuk af te stappen, moet nog eene zinsnede kort afgedaan worden, die van veel aanbelang is.

U schrijft: „Ik houd het er voor, dat ieder geneesheer, die er „zich met tact op toelegt, wel slagen zal, om zich eene verlos- „kundige polikliniek te verschaffen, voldoende voor het onderwijs „zijner leerlingen, ook zonder de onhandigheid te begaan, zooals „geschied is, van de politie hierbij in den arm te nemen en ieder „te bedreigen, die niet zus of zoo handelt.

„Men dwinge niemand, vooral geen Inlanders, weldaden aan te „nemen; ik voor mij zou hoogst wantrouwend zijn tegen den persoon, „die mij liefdebetoon bij deurwaarders-exploit zou willen opdringen.

„Er bestaan betere middelen om de bevolking voor het aannemen „van verloskundige hulp te winnen: het verschaffen van verster- „kend voedsel etc."

Hier te Kedirie is nooit politioneele hulp verzocht voor de erlanging eener verloskundige polikliniek. Die is eenvoudig tot stand gebracht, door aan een paar doekoens voor iedere gravida die ze aanbrachten *f* 2.50 te geven, welk geld tusschen doekoen en zwangere verdeeld is geworden. Met een enkel woord en een rijksdaalder in de hand, kan ik thans elk oogenblik vrouwen voor het onderzoek krijgen. Hier staat de zwangere zich af om zich te laten onderzoeken, en moet voor hare diensten schadevergoeding genieten.

Hetzelfde zal ik nu beproeven met vrouwen, die in mijne inrichting willen bevallen. U beschouwt dat als een utopie, en is ook daarom

tegen eene school, *ik* als eene absolute mogelijkheid. Het zal in den beginne zijne moeielijkheden hebben, maar het komt, ook hier, door geld. Ook dan vraag ik diensten van die vrouw en zal ze betalen, zoo niet met *f* 2.50 dan met *f* 5.— of *f* 10.—. Maar komen zullen ze!

Zoodra heeft de leerling-vroedvrouw niet examen gedaan, of wij komen op een heel ander standpunt.

Nu zijn de rollen omgekeerd; nu komt niet meer de leerlinge diensten vragen, maar de vroedvrouw diensten geven.

Daarop is de bevolking echter niet gesteld, om allerlei oorzaken, zooals door u zelf zijn gereleveerd, als: *vrees voor het nieuwe*, moeielijk afstand doen van het oude, om kort te gaan, nu stuiten we op de bezwaren, die de invoering van een hygiënischen maatregel bij het volk heeft.

Nu hebben we den ouden strijd te voeren, die overal gevoerd is geworden, zoowel in Europa als in Indië, de strijd tegen domheid en onwetendheid.

Een der meest typische voorbeelden kunt u lezen in het Tijdschrift „de Oeconomist" van December 1898 over de Zwitsersche fabrieksinspectie van 1896—1897.

Daar luidt het: „Het blijkt alweder, dat het lang moet duren, „voordat wetsbepalingen van dien aard (hygiënische-) algemeen ge„willige toepassing vinden."

„Ook blijkt telkens dat dikwijls de arbeider degene is, die ver„betering tegenwerkt. Telkens vinden de Inspecteurs gelegenheid „op plichtsverzuim van den arbeider te wijzen, waar men toch uit„sluitend voor hunne belangen opkomt."

Thans zult u wel begrijpen, waar de schoen wringt, en toegeven moeten, dat uwe ideeën daaromtrent foutief waren.

En hiermede neem ik van uw overigens zeker interessant stuk afscheid en ga over tot dat van collega Dr. Pauw, in het Geneeskundig tijdschrift voor N. I. Deel 38. Afl. 6.

Collega Pauw begint met de mededeeling, dat hij geene mededeeling kan doen uit de practijk, die hij niet heeft, maar kiest zich een onderwerp, dat meer in overeenstemming is met zijn werkkring, n. l. „de verloskundige hulp voor de inlandsche vrouw in onze koloniën." Van zijne werkzaamheid op dat gebied staat verder in zijn betoog met geen enkele letter iets te lezen.

Hij gelooft niet, dat hulp in normale gevallen zoo dringend noodig is. Hij gelooft niet dat de doekoens zooveel kwaad doen als menigeen schijnt te meenen. Hij hoopt en gelooft niet, dat alle doekoens zóó zijn als door mij afgeschilderd.

Collega Pauw vindt den toestand zoo erg niet omdat de meeste bevallingen normaal verloopen en de bevolking toch al zoo sterk

toeneemt. Daarentegen raadt hij algemeen geneeskundige hulp aan• „Waarom?" zou men kunnen vragen. Er loopen immers toch nog zooveel gezonden rond!

Hij gelooft niet, dat de doekoens zooveel kwaad doen, als menigeen schijnt te meenen. Maar waarom ons dan niet overtuigd door eene bladzijde te laten lezen op grond van welk degelijk onderzoek hij tot die opinie gekomen is.

Ik wil gaarne gelooven, dat zijne ervaring, opgedaan in Hospitaal, Garnizoen of Bureau, hem een goed inzicht heeft gegeven in de inwendige toestanden van Java. Maar hij geeft er niets van ten beste.

Hij hoopt en gelooft niet, dat alle doekoens zóó zijn, als door mij afgeschilderd.

. Voelt hij niet, hoe zwak zijne stelling is? Had hij zich nu eens tot den Resident van Batavia gewend en ZHEdGestr. verzocht alle doekoens te vereenigen, en had hij dan alléén op het uiterlijk eene opinie geuit over de Bataviasche doekoens. Zie, dan had hij althans *iets* gedaan.

Maar zooals hij nu handelt, is m. i. onverantwoordelijk.

Geen enkel feit, geen enkel bewijs, waardoor zijne woorden reden van bestaan hebben.

De voorstellen van Bervoets zijn te duur. Zooals hij zegt zou dat het Rijk *f* 23.400.000 per jaar kosten.

Mijn voorstel om inlandsche accoucheuses aan te stellen is ook te duur. Hij toch berekent de kosten op *f* 2.580.000 's jaars. Echter redeneert hij niet billijk. Ik heb ten duidelijkste geschreven: „De twee te Kedirie geplaatste vrouwen krijgen sinds Mei 1898 *f* 25.— 's maands subsidie. *Zoo'n toelage is te geven zoolang er weinig zijn, maar als eens het getal 3000 gecompleteerd is, dan zou dit een klein millioen aan subsidie per jaar worden. Dit is zeker te zwaar, doch zal het blijken, dat zulks niet noodig is.*"

In ronder woorden kan het toch niet geschreven worden, maar dat belet niet om van die woorden geen notitie te nemen.

Juist om de finantieëele questie en om den politioneelen maatregel draait het verloskundige vraagstuk grootendeels.

Ik kom daar straks speciaal op terug.

Voornamenlijk ook omdat dit de redenen geweest zijn, die Z.E. den Minister van Koloniën er toe gebracht hebben, om niet met de voorstellen van den Directeur van Onderwijs, Eeredienst en Nijverheid, aangaande de vroedvrouwenschool mee te gaan.

Als verbetering nu stelt collega Pauw voor, aan ieder civiel geneesheer (er zijn er 60 op Java) 10 inlandsche geneeskundigen per district beschikbaar te stellen. Dit zou 6½ ton gouds per jaar kosten. In elk geval zal geene nieuwe inrichting noodig zijn!

· Voor de opleiding der inlandsche accoucheuses, heeft hij evenwel ook een plaatsje.

Die blijft zooals ze is. Ieder geneesheer, die daartoe geschikt geacht wordt, krijgt leerlingen. Het aantal zal dan wel klein blijven, *maar dat is geen bezwaar.* Zijn ze in hun examens geslaagd, dan keeren ze naar hunne dessa terug (zooals Bervoets ook wil) en krijgen eene toelage der Regeering. Is de bevolking aan de hulp gewend, dan zou de toelage *kunnen vervallen!* De ondervinding zal moeten leeren, of de vroedvrouwen, in strijd met zijn vermoeden, een bestaan zullen kunnen vinden.

Tot zoover Dr. Pauw. Nu is het niet erg moeielijk hem aan te toonen, hoe hij de zaken door twee brillen beziet.

Het aantal docters djawa op te voeren tot 600, zou zonder eenige tegenspraak een ontzettende stap in de goede richting zijn, maar de kosten aan subsidie per jaar niet $6^1/_2$ ton gouds, doch 600 × 12 × *f* 110 (het gemiddeld van *f* 70 en *f* 150) = *f* 792.000.

Daarvoor hebben we 600 docters djawa op 32.000.000 inwoners, dus 1 op de ruim 50.000.

De fout zijner redeneering ligt natuurlijk in de indeeling. Voor Nederland berekent hij één geneeskundige op 2400 zielen; voor Java rekent hij per district, en dan nog alleen de districten, waar een civiele geneesheer is.

Zoovele Afdeelingen, waar geen civiel geneesheeren zijn, en dus zooveel malen meer districten, worden door hem over het hoofd gezien. Ik zal maar een greep in den blinde doen. Wonosobo, Ledok, Sidayoe, Lawongan, Bekassie, hebben geen civiel geneesheer, dus 5 × 10 = 50 docters-djawa worden niet meegerekend. En zoo zijn er niet vijf Afdeelingen op Java zonder geneesheer, maar legio.

Wil men in de algemeen geneeskundige hulp voorzien, dan moet men consequent blijven en zeggen: Er zijn 32.000.000 zielen op Java. Stel één docter djawa op 6000 inwoners, dan zouden noodig zijn 5000 docters djawa met gemiddeld tractement van *f* 110 's maands, maakt 5000 × 12 × *f* 110 = *f* 6.600.000 's jaars. Dit zijn alleen de toelagen. Nu de instrumenten, de medicijnen, de 5000 apotheekjes; dan zien we andere cijfertjes als $6^1/_2$ ton. En de groote factor: *van die sommen komen we niet af!* waar ik — en naar ik meen ten rechte — het vooruitzicht kan openen, dat na eenige jaren, al naarmate men flinker tegen de doekoens optreedt, de subsidie aan de vroedvrouw zal kunnen vervallen. Daar bestaat bij de docters djawa heelemaal geen kans op.

Het volk is gewoon zijne doekoen baji (vroedvrouw) te betalen en zelfs vrij goed; maar geeft niets voor geneeskundige hulp.

Zeker; met gratis geneeskundige hulp kunt u oogen-, ooren- en allerlei soort klinieken krijgen, maar laat eens betalen? Dat heeft 't zelfde effect als een schot hagel onder een troep vogels. Alles vliegt weg, om niet terug te keeren.

Vraagt men mij, of ik dan tegen algemeen geneeskundige hulp ben? Integendeel, ontzettend vóór. Waar ik in het stukje over de vaccine schreef, hoeveel millioenen productief arbeidsvermogen aan blinden elk jaar voor den Staat, als gemeenschap, verloren gaan, daar zal ik stellig de laatste zijn om te beweren, dat die *f* 7.000,000 nutteloos besteed zijn.

De staat zal zijne onkosten en arbeidskrachten terugvinden en voorkomen, dat zooveel honderdduizenden als hulpbehoevende, ellendige wezens, een bestaan voortsleepen, tot de dood ze uit hun lijden verlost.

Tengevolge van zijn geschrift ontspint zich in de Vergadering op 27 October 1898 (Geneesk. Tijdschrift voor Nederlandsch Indië, Afl. 6) een lang debat (hetwelk niet in het tijdschrift vermeld wordt), en is de algemeene opinie, dat men in Nederland de toestanden overdrijft. *Echter ontbreken goede gegevens* .... voor die Vergadering. (Ik cursiveer). Kon Pauw hen dan niet voorlichten?

Ten slotte worden twee voorstellen aangenomen.

Eén van den Heer Gersen: om een vraagblad aan alle Indische geneesheeren te zenden, waarin omtrent eenige punten inlichtingen zullen worden ingewonnen.

De Heeren Pauw en Gersen worden in commissie benoemd tot het samenstellen eener circulaire.

Voorts één van den Heer Roll, om aan de Regeering te verzoeken, in een of meer nader overeen te komen districten een register te laten houden van alle vrouwen die bevallen en van die, welke gedurende of kort na hunne bevalling, overleden zijn.

Op 1 December 1898 kwijten de Heeren Pauw en Gersen zich van hun' taak en zenden de volgende circulaire:

Weltevreden, 1 December 1898.

Geachte Collega.

Zooals algemeen bekend, is in ons vaderland eene beweging ontstaan, om verbetering te brengen in de verloskundige hulp, waarover in het algemeen de inlandsche vrouw in onze Koloniën kan beschikken. Nu is het zeer zeker waar, dat die hulp zeer veel te wenschen overlaat, ja, dat men zonder overdrijving kan zeggen, dat, van ons standpunt, der inlandsche vrouw bij hare bevalling in het geheel geen bijstand wordt verleend.

Eene andere vraag is echter, of de toestand zóó treurig is, als

van sommige zijden wordt beweerd, of werkelijk zoovele vrouwen in of tengevolge van het kraambed sterven, zoovele kinderen bij de geboorte overlijden, als men in Nederland schijnt te gelooven.

Naar onze meening is zulks niet het geval, verloopen integendeel de meeste bevallingen der inlandsche vrouwen ongestoord.

Om een juist denkbeeld van den bestaanden toestand te geven, is het daarom niet voldoende, enkele frappante gevallen te vermelden, waarin — veelal te laat — de hulp van een Europeesch geneeskundige werd ingeroepen. Het is veeleer noodig, dat ieder medicus zoo goed mogelijk de indrukken weergeeft, die hij, te midden der inlandsche bevolking levende, in het algemeen van den loop der geboorte heeft gekregen.

Daarom vragen wij u mededeeling van die indrukken.

Ten einde u dit gemakkelijk te maken, hebben wij hierbij eenige vragen gevoegd, die wij u beleefd verzoeken te willen beantwoorden.

Wij ontveinzen ons geenszins de moeielijkheid van de beantwoording.

Wij twijfelen echter niet, of gij zult met ons overtuigd zijn van de groote wenschelijkheid, om een zuiver licht te doen opgaan over de inlandsche vrouw bij hare bevalling, zoodat wij niet hebben geaarzeld, u onze vragen ter beantwoording aan te bieden.

In de vergadering der Vereeniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië werd besloten, het bovenstaande te richten tot alle Europeesche geneeskundigen in Nederlandsch-Indië en werden ondergeteekenden in commissie benoemd, om de antwoorden op de gestelde vragen te verzamelen. Beleefd verzoeken wij u, uw antwoord te willen zenden aan het adres van den tweeden onderteekenaar (Kebon-Serih, Weltevreden).

(w. g.) Dr. A. A. Gersen.
(w. g.) Dr. W. Pauw.

Voorts de volgende vragen, die de geneesheeren zullen invullen.

1. Wat kunt gij in het algemeen mededeelen over den loop van de bevallingen der inlandsche vrouwen?

2. Treden daarbij naar uwe meening veelvuldig afwijkingen en stoornissen op, en zoo ja, welke?

3. Treden veelvuldig ziekten van het kraambed op en zijn deze door u waargenomen?

4. Sterven vele inlandsche vrouwen bij de bevalling en aan ziekten van het kraambed?

5. Sterven vele kinderen bij de geboorte?

6. Hebt gij wel eens een doekoen in haren arbeid gadegeslagen? Wat kunt ge ons daarvan mededeelen? Richt zij naar uwe mee-

ning, door inwendig onderzoek of andere manipulatiën schade aan?
Mijn antwoord op hun brief luidde als volgt:

Geachte Collega's.

In antwoord op uwe circulaire d. d. 1 December j. l., mij geworden den 14den December d. a. v., zend ik u hierbij ter lezing, het reeds door mij over dit onderwerp geschrevene in het Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie, 9e Jaargang, Aflevering 3: „de Verloskundige hulp in Nederlandsch Indië".

Het zal mij aangenaam zijn, ze na gebruik terug te mogen ontvangen, aangezien het de eenige exemplaren zijn, thans nog in mijn bezit.

Mocht de Vereeniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië op het bezit dezer werkjes eenigen prijs stellen, dan behoud ik mij voor, die later in passender vorm aan te mogen bieden.

De beantwoording der enkele door u gestelde vragen, zult u — wat mij aangaat — daarin zeker vinden, en is 't onnoodig in herhaling te vervallen.

Noodiger komt het me voor, u eenige opmerkingen te maken, aangaande de door u rondgezonden circulaire.

U zegt in de eerste alinea: „Nu is het zeker waar, dat die hulp zeer veel te wenschen overlaat, ja, dat men zonder overdrijving kan zeggen, dat van ons standpunt der inlandsche vrouw bij hare bevalling in het geheel geen bijstand wordt verleend".

Zeker zal ieder medicus, deze uwe regelen zonder aarzelen willen onderschrijven.

Maar des te onbegrijpelijker zijn uwe volgende woorden: „Eene andere vraag is echter, of de toestand zóó treurig is als van sommige zijden wordt beweerd, of werkelijk zoovele vrouwen in- of tengevolge van het kraambed sterven, zoovele kinderen bij de geboorte overlijden.

„Naar onze meening is zulks niet het geval, verloopen integendeel de meeste bevallingen der inlandsche vrouwen ongestoord."

In de eerste plaats heeft u met zulk schrijven zeker het neutraal standpunt verlaten, wat u behoort in te nemen.

Wanneer men een onbevoordeeld onderzoek naar iets wil instellen, dan is het stellig te verkiezen, dat men zijn eigen opinie opschort, althans niet in zóó positieven zin uit, als door u gedaan.

Menige zwakkeling toch, die anders zeer gereserveerd zijn antwoord zou opgesteld hebben, wordt nu in den mond gegeven, wat de commissie wel het aangenaamst is, en het „zuiver licht" dat u wenscht te zien opgaan, wordt m. i. door u op die wijze niet ontstoken.

Doch anderzijds, is 't me geoorloofd te vragen: Zijn die woorden het gevolg van een serieus onderzoek door u ter zake ingesteld?

Wanneer we de cijfers van Dr. Bervoets en de mijne nagaan, die vrij wel overeenkomen, ook al is de wijze van onderzoek geheel anders geweest, dan sterven jaarlijks ± 20.000 vrouwen tengevolge der bevalling, direct of indirect.

Dit cijfer is zeker niet te hoog berekend, hetgeen later blijken zal uit mijne becijfering.

Laten we ons voor 't oogenblik op geen medisch, geen menschelijk standpunt plaatsen, maar op een zuiver materialistisch.

Er sterven 20.000 vrouwen. Door goede hulp zou 80% gered zijn kunnen worden, dus zoo gaan 16000 menschenlevens per jaar onnoodig ten gronde.

Het zijn allen jonge individuën; wier productief arbeidsvermogen per dag minstens op 10 cent gerekend mag worden, dat is *f* 1600 per dag. En, het jaar gesteld op 300 werkdagen, is dit een verlies voor den Staat van ± *f* 500.000 per jaar aan arbeidskrachten.

Nu de kinderen, die onnoodig succombeeren, wier aantal ik minstens op 30.000 per jaar schat.

Laat ons aannemen, dat daarvan, voordat ze productieve krachten geworden zijn, $^1/_3$ sterft, dan blijven ruim 20.000 over, dus nog eens *f* 500.000 minstens, die per jaar verloren gaan.

Zooals gezegd, dit is een zuiver materialistisch standpunt, doch nu van „ons standpunt" als medicus, de zaak beschouwd.

De gruwelijke mishandelingen, die ik gezien heb, zijn verschrikkelijk. De meeste heb ik reeds beschreven.

Het zij mij veroorloofd er nog één aan toe te voegen.

Dezer dagen werd ik te Poerwoasri geroepen op eene suikerfabriek, ruim 10 paal van hier.

Eene inlandsche vrouw was sinds 6 dagen bevallen, en leed aan febris puerperalis. Omtrent het accouchement kon ik alleen te weten komen, dat het moeielijk gegaan was, en het kind dood geboren.

De vrouw had alle verschijnselen eener furibunde peritonitis. Zeer snelle oppervlakkige ademhaling, hooge koorts, filiforme, snelle pols, hooge mate van tympanitis; braken. Ze lag op den grond, met de banden alle kleedingstukken van zich afscheurende; nu en dan in hare vreeselijke benauwdheid eenige onverstaanbare woorden uitstootend.

En wat deed de doekoen? Die was bezig het zieltogende lichaam der vrouw te trappen, om den buik klein te krijgen.

U, geachte collega's, die zeker gevallen van peritonitis zelf behandeld hebt, ik vraag u, kunt u zich iets vreeselijkers voorstellen dan die marteling, die de vrouw ondergaan heeft?

Waar nu de humaniteit eischt, dat den grootsten misdadiger, die de doodstraf verdiend heeft, zijn lijden zoo kort en zoo weinig pijnlijk mogelijk wordt gemaakt, daar stel ik u de vraag: moeten wij medici niet allen met kracht en vereend optreden, om het lijden van arme, ongelukkige vrouwen, waar we het leven niet redden kunnen, te trachten te verlichten met alle ons te hulp staande middelen?

Hoogst waarschijnlijk hadden hier met goede hulp weêr twee menschenlevens gered kunnen worden, doch dàn nog, ware dit zelfs met bevoegde hulp niet het geval geweest, dàn nog zou die vrouw zeker niet zóó ellendig omgebracht zijn geworden.

U ziet, het treurige van den toestand bestaat niet alleen in de duizenden menschenlevens die per jaar noodeloos vernietigd worden, maar stellig en zeker ook in de *wijze waarop* zulks geschied is.

Dit zijn weer latere indrukken, die ik gekregen heb.

De uwe, die den stand van zaken niet „zóó treurig" voorstellen, staan daar vrijwel lijnrecht tegenover.

Het kan dus niet anders, of de fout moet liggen in de wijze van onderzoeken.

U zult mij daarom genoegen doen mede te deelen, welke methode door u gevolgd is, om die hier te kunnen toepassen.

En wie gelijk heeft, zal dan zeker zonder veel moeite uit te maken zijn.

Dat u zulke machtige woorden bezigt, eenvoudig op oppervlakkig verkregen indrukken, wil ik niet aannemen.

U, als mannen van wetenschap, staat daarvoor veel te hoog, en de zaak is daarvoor veel te ernstig, en van veel te hoog aanbelang voor 't individu, zoowel als voor den Staat.

In uwe circulaire gaat u voort te schrijven: „Om een juist denk„beeld van den bestaanden toestand te geven, is het daarom niet „voldoende, enkele frappante gevallen te vermelden, waarin — „veelal te laat — de hulp van een Europeesch geneeskundige werd „ingeroepen. Het is veeleer noodig, dat ieder medicus zoo goed „mogelijk de indrukken weêrgeeft, die hij, te midden der inland„sche bevolking levende, in het algemeen van den loop der ge„boorten heeft gekregen."

Wil het mij niet euvel duiden, wanneer ik weinig vertrouwen stel in de antwoorden, die u zult ontvangen.

Denkt u werkelijk, dat, behalve juist het enkel frappant geval, waarin de medicus in den regel te laat geroepen wordt, dat er vele geneesheeren zijn, die u daarop een positief antwoord mogen geven?

Wat weten we in het algemeen van de heerschende volksziekte af?

Gesteld, u had eens gevraagd naar den stand der tuberculose; framboesia, syphilis, oogziekte, lepra of welke ziekte ook.

Denkt u werkelijk, dat er vele medici in Indië zullen zijn, die u daarop een *betrouwbaar* antwoord kunnen geven?

Ik ben bijna tien jaar in de praktijk en heb me veel, zeer veel moeite gegeven, om een inzicht te krijgen in de heerschende volksziekten.

De laatste drie jaren zelfs heb ik, bij de vaccine-inspecties, huis aan huis 18 dessa's bezocht en de inwoners onderzocht.

Het is geen gemakkelijke taak, zoo uren in eene dessa rond te wandelen, huis in, huis uit, en dan alles gade te slaan en te onderzoeken, wat voor den medicus van belang is.

Maar toch is het m. i. voor het oogenblik de eenige methode om eenigszins achter bestaande toestanden te komen.

Of velen 't met mij gedaan hebben!...

En zoo niet, op grond waarvan zullen zij u een antwoord mogen zenden, dat juist is?

Wanneer dit dan met recht in twijfel mag getrokken worden, wat de ziekten in het algemeen aangaat, hoe in de eerste plaats, waar het de verloskundige questie geldt?

Neen, ik voor mij geloof niet, dat uwe bemoeienis, hoe groot het doel ook zij, tot eenig resultaat zal leiden.

U zult een complex krijgen van oppervlakkige indrukken, ontbloot van alle wetenschappelijke waarde.

En ten sterkste moet ik u ontraden uit zulke gegevens eenige conclusie te willen trekken.

Kedirie 28 Dec. '98. (w. g.) VAN BUUREN.

Er zijn na dezen brief op eind December 1898 vele maanden verloopen. Ook heb ik de gezonden werkjes van de commissie terug ontvangen, echter zonder een enkel woordje; hetgeen me het meest speet, omdat de heeren niets vermeldden omtrent de methode van hun onderzoek.

Trouwens, ik ben zeker en vast overtuigd dat ze *niets* onderzocht hebben, en eenvoudig weêrgegeven, de oppervlakkige indrukken, die ze zoo nu en dan eens gekregen hebben.

Het tweede voorstel op die Vergadering, van Roll, is om de Regeering te verzoeken, dat in één of meer districten een register aangehouden worde van alle vrouwen die bevallen en van die, welke gedurende, of kort na hunne bevalling overleden zijn, bewijst alleen dat hij niet op de hoogte is der inlandsche maatschappij en die der inlandsche Ambtenaren.

Ik mag u dus wel ter wille zijn!

Den 4den Mei 1896 kwam er eene circulaire van den Gewestelijk Dirigeerenden Officier van Gezondheid, waarin verzocht werd: „Naar „aanleiding eener opdracht van het Opperbestuur in Nederland" om vertrouwbare gegevens omtrent het voorkomen van lepra in Nederlandsch Indië. Er moest te rade gegaan worden met het Hoofd van Plaatselijk Bestuur.

't Is duidelijk hoe men zich den gang van zaken heeft voor te stellen. In 's Lands Vergaderzaal is de lepra-questie door dezen of genen besproken geworden. Zijne Excellentie de Minister kan natuurlijk niets vóór of tegen beweren en zal advies inwinnen.

Geheime of niet-geheime missives arriveeren. Doodschrik in aller harten.

Men kan onmogelijk iets van de toestanden afweten, en moet tòch maar antwoorden.

Hoe is het mogelijk, dat men dit in Holland niet wil inzien!

Men weet toch, wat eene moeite het kost, om in een beschaafd land, eene juiste statistiek van iets samen te stellen. Hoeveel jaren van serieuzen arbeid daar dikwijls voor noodig zijn!

Hoe kan men dan eischen, dat in een onbeschaafd land, in een oogwenk tijds, goede gegevens verzameld kunnen worden?

En alles moet ten spoedigste beantwoord worden, want anders regent het spoedherinneringen met de stereotype drie kruisjes. Immers, het Opperbestuur vraagt het.

Welnu, er wordt geantwoord. Het Opperbestuur in 's Lands Vergaderzaal wordt tevreden gesteld, maar naar waarheid is geen bestaande toestand teruggegeven.

De circulaire komt. Ik vraag mezelf af: hoe moet ik aan die gegevens komen van 600.000 inwoners, waarmede ik zoo weinig voeling heb, waarmede ik zoo zelden in aanraking kom. Dat is immers eene absolute onmogelijkheid. 't Is dezelfde vraag als die der Vergadering ter Bevordering van Geneeskunde te Batavia, aangaande den Verloskundigen toestand op Java.

Om toch mijn best te doen, bespreek ik de aangelegenheid met den Resident, en Z.H.Ed.Gestr. laat den inlandschen Hoofden aanschrijven om „vertrouwbare opgave der lepragevallen!" in hunne districten.

De rapporten luidden voor Kedirie:

district kotta Kedirie	122;	district Papar	24;
„ Djambean	12;	„ Modjoroto	nihil;
„ Paréé	21;		

en voor Ngandjoek:

district kotta Ngandjoek	4;	district Lengkong	17;
„ Kertosono	41;	„ Gemenggeng	5,
„ Berbek	81;	„ Waroedjajeng	nihil.

Het kwam me zoo voor, dat er een luchtje aan die cijfers was, en, om de proef op de som te nemen, schreef ik den Wedono's van Kedirie, dat de cijfers wat laag waren, en die van Ngandjoek wat hoog.

Daarop kwamen verbeterde „vertrouwbaarder" (hm, hm) rapporten.

Van Kedirie:

district	kotta Kedirie.	134;	district	Papar.	64;
„	Djambean. . .	12;	„	Modjoroto . . .	32;
„	Paréé.	30;			

Van Ngandjoek:

district	kotta Ngandjoek	2;	district	Lengkong . . .	11;
„	Kertosono . . .	15;	„	Gemenggeng. .	1;
„	Berbek.	22;	„	Waroedjajeng	nihil.

Zie, collega Roll, zóó vertrouwbaar zijn de inlandsche amtenaren. Geloof me, een inlandsch amtenaar vraagt zelden: „hoe zal ik eerlijk en trouw antwoorden?" Hij is een eenigszins geciviliseerde slaaf, ziet met angst naar zijn meester op, en uit de wijze, waarop die zijne vraag stelt, zal hij antwoorden.

Bovendien, al wil de man een juist rapport uitbrengen dan kan hij 't niet, omdat hij weêr de gegevens moet erlangen van de dessahoofden, die dikwijls heelemaal niet begrijpen, wat men van hen verlangt, òf die voor vragen gesteld worden, die verre boven hun begrippen gaan en er maar wat op los schrijven, overtuigd, dat contrôle toch niet mogelijk is.

U begrijpt, dat ik eerst lang geaarzeld heb om een leprarapport in te zenden, en toen het na herhaald aandringen, toch moest, welnu: toen heb ik het gegeven, maar met uitdrukkelijk gezegde, dat ik niet voor de waarheid instond.

Of 't weer velen met mij gedaan hebben? Dan wel of niet de meesten „om er van af te zijn" maar wat opgezonden hebben?

Ik weet het niet, maar ik waarschuw, om aan zoo'n rapport van een inlandsch Ambtenaar weinig waarde te hechten.

Nog verder wil ik u overtuigen. Hetzelfde idée dat u was toegedaan, heb ik malgré tout, willen beproeven.

Met behulp van den Resident werden sinds 1 Januari 1898 door de districtshoofden maandrapporten ingediend, die het aantal vrouwen dat bevalt, ook dat van de overledenen in de bevalling zouden vermelden, zooveel mogelijk ook van de kinderen.

De Afdeeling Kedirie heeft vijf districten: kotta Kedirie, Djambean, Modjoroto, Papar en Parée.

Ik wil er dadelijk aan toevoegen, dat de wedono's van Modjoroto en Papar oudgedienden zijn, wier pensioen niet ver meer af is, terwijl die van Parée zeer ongunstig aangeschreven staat.

Dien van Kedirie heb ik min of meer zelf in contrôle, en die van

Djambean is een pas ter plaatse benoemd Ambtenaar, die dus nog goed zijn best doet.

De rapporten waren aldus opgemaakt:

„Rapport saben tanggal abis boelan masing [2] boelan, dari adanja „arang njang besanak (baji laki [3]) dan mati, dalem district...

(Maandrapport van de menschen die bevallen zijn, en die tengevolge der bevalling zijn gestorven).

Dessa.	Orang prempoewan jang beranak (Naam der bevallen vrouw).	Banjaknja anak jang dilahirken (Hoeveel kinderen ter wereld gebracht).	Anak idoep (Kind levend).			Krapa jang mati (Hoeveel gestorven).				Ketrangen (Ophelderingen).
			Laki (Mannelijk).	Prempoewan (Vr. geslacht).	Goengoeng (Totaal).	Orang prempoewan jang beranak (Bevallen vrouwen).	Anak laki (Mannelijk gesl. kinderen).	Anak prempoewan (Vr. gesl. kinderen).	Goengoeng (Totaal).	

Daaruit blijkt nu dat van 1 Januari 1898 tot 1 April 1899.

	Totaal aantal bevallen.	Levend geboren kinderen.		Gestorven.		
				Vrouwen.	Kinderen.	
		Jongens.	Meisjes.		Jongens.	Meisjes.
District Kediri,	2284	1237	1006	16	24	18
„ Djambean,	3529	1691	1746	29	48	44
„ Papar,	4329	2382	2125	4	12	10
„ Modjoroto,	3099	1503	1681	1	6	9
„ Paree,	2744	1841	1103	—	—	—

Het is onmogelijk, eenige logische conclusie uit die cijfers te trekken. Trouwens, ik had niet anders verwacht. De ervaringen ten dien opzichte opgedaan bij lepra en pokken zijn zóó treurig geweest, dat mij bovenstaande cijfers hoegenaamd niet verwonderen.

Dat ik ze opgeschreven heb, is om Roll te overtuigen, hoe waardeloos dergelijk handelen is, en om te voorkomen, dat men — uit cijfers door Inlandsche Hoofden saâmgesteld — gevolgtrekkingen zal maken.

Men zal mij nog kunnen tegenwerpen, dat niet overal de Inlandsche Ambtenaren zóó behoeven te zijn als hier. Reeds boven schreef ik, dat zij niets zijn dan slaafsche werktuigen van den meerdere.

Ik durf zeker neerschrijven, dat de Resident de Jaager zijn mannekes uitstekend in handen heeft, dat hij elke maand de Hoof-

den aan hun plicht herinnert, en als er dàn nog zulke opgaven verstrekt worden, zal 't dan elders beter zijn?

Hoewel we 't apprecieeren, dat de Vereeniging van Geneeskundigen te Batavia zich, — al is 't wat laat — voor de verloskundige hulp voor Inlanders *begint* te interesseeren, is m. i. niet het minste heil te verwachten van de pogingen die de benoemde commissie aangewend heeft om gegevens te erlangen; en zullen de conclusiën, die ze daaruit zal trekken even waardeloos zijn als die gegevens.

Bijna zijn alle papieren kinderen behandeld, alleen „zum Schluss der Vorstellung" krijgen we 't optreden van collega Breitenstein.

Hij zal een geheel werk schrijven, maar begint — echt Duitsch — met eene vorläufige Mittheilung. „Volstrekt geen inlandsche vroedvrouwen, neen, vrouwelijke artsen!" Dat wil hij! Ik ben er sterk vóór, want dan zal niet alleen de inlandsche vrouw bij de baring lege artis geholpen, maar... daar had ik bijna geschreven, dan zal ook in de algemeen geneeskundige hulp voorzien worden. Dezelfde fout, door zoovelen reeds gemaakt.

Dat kan zich *nooit* en *nergens* combineeren. Iedere verlossing heeft bevoegd toezicht noodig, want nooit kan vooraf met zekerheid worden voorspeld, dat ze geheel regelmatig zal verloopen. En die zorg voor de barenden, zooals ze behoort te zijn, zal zelfs over een betrekkelijk klein aantal zielen den tijd van den helper of helpster zoodanig in beslag nemen, dat ze zich uitsluitend daaraan kan wijden.

De combinatie van verloskundige met algemeen geneeskundige hulp is eene onmogelijkheid.

Voorts, heeft Breitenstein wel even nagedacht over de financiëele consequenties?

Er moeten zeker 4000 vrouwelijke artsen zijn. Welnu, geef die dames voor uitrusting *f* 1000; passage naar Indië *f* 800; eerste inrichting voor apotheek en instrumenten *f* 2000; dan kost dat — behalve de geheele opleiding — het bagatel van *f* 15.000.000. Het maandelijksche tractement, ook laag gesteld, op *f* 150; wordt dit per jaar ruim 7 millioen.

Neen, eene goede regeling voor de algemeen geneeskundige hulp, zoodanig, dat het de draagkracht van den Staat niet te boven gaat, daartoe zie ik op 't oogenblik geen kans; hetgeen wel degelijk het geval is voor verloskundige hulp, *omdat de bevolking gewoon is haar doekoen baji (vroedvrouw) vrij goed te betalen en de vroedvrouw haar bestaan kàn en mòet vinden in haar volk.*

Voor de Regeering blijft alleen de opleiding der vroedvrouwen en *langzame* maar *zekere verwijdering* der doekoens.

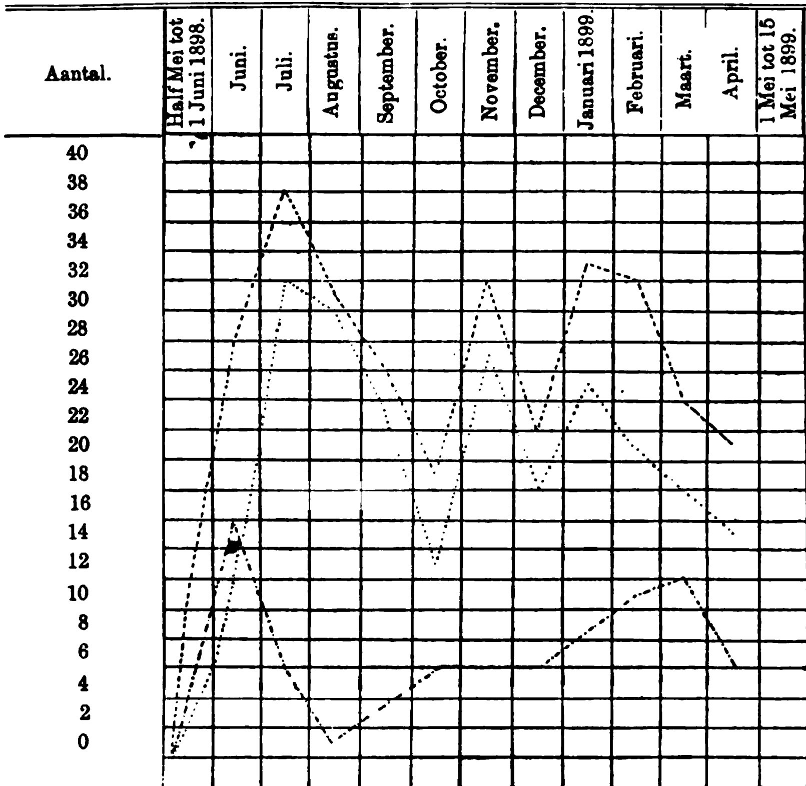
Om wederom de hooge noodzakelijkheid van bevoegde verloskundige hulp aan te toonen en om een blik te doen slaan in de werkzaamheid der vroedvrouwen Djasminah en Tasminten, veroorloof ik me, een overzicht te geven van het jaar Mei 1898 tot Mei 1899. Het gedeelte, reeds beschreven in „Nog iets over de verloskundige hulp in N. I. van 15 Mei 1898 tot 1 Juli 1898", blijve hier buiten vermelding.

Alleen viel in einde Juni iets voor, dat van 't hoogste belang voor de toekomst zou zijn en wil ik daar eerst op wijzen.

Eén doekoen toch zeide op een' goeden dag: „Ik wil eens zien, wat ze mij doen, als ik toch blijf helpen." Ze hielp, en er werd niets gedaan, met gevolg, dat het behaalde succes met grooter pijlsnelheid daalde, dan het in den aanvang gestegen was.

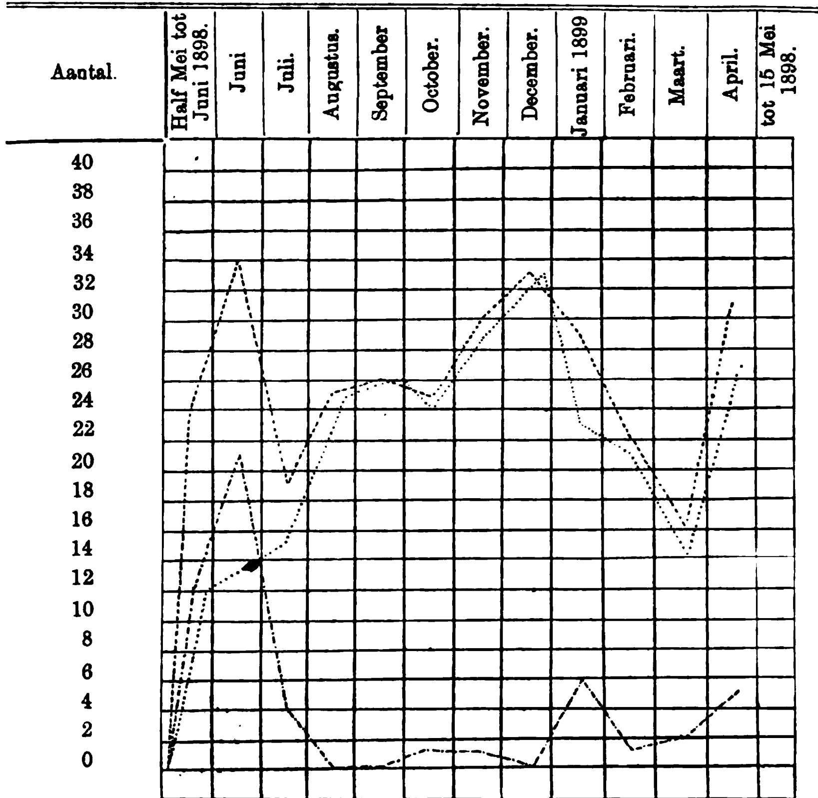
De curve, hiervan opgemaakt, leert meer dan vele woorden.

Graphische voorstelling van het aantal verlossingen, waarbij de vroedvrouw „Djasminah" geroepen werd.



------ geeft aan het totaal aantal, waarbij ze geroepen werd.
–·–·–· „ „ „ aantal waarbij ze in tijds „ „
······· „ „ „ „ „ „ te laat „ „
▰ „ „ „ tijdstip waarop de doekoen weer aangevangen is.

Graphische voorstelling van het aantal bevallingen, waarbij de vroedvrouw „Taminten" geroepen werd.



De verschillende curven en het teeken ♦ beduiden hetzelfde als bij Djasminah.

Een frappanter voorbeeld om aan te toonen, dat tegen de doekoen geageerd moet worden, zal wel niet te geven zijn.

De bangmaker, d. w. z. het dreigement, dat de doekoens gestraft zouden worden, had in den aanvang succes gehad, doch nauwelijks zagen de doekoens, dat ze hun métier straffeloos konden uitoefenen, of alles ging weer nagenoeg hetzelfde gangetje van vroeger.

Na het incident met de doekoen, stonden we voor de groote vraag: „wat nu te doen?" Na rijp overleg met den Resident, die me steeds krachtig als Resident en als mensch in alles steunt, en wiens helder doorzicht ook in deze zoo juist geweest is, werd besloten voorloopig af te wachten.

Tegen de doekoen optreden mocht niet, omdat er in dezen geen politie-maatregelen bestaan. Voorts wilde de Resident een kalm onderzoek laten instellen, waarom de bevolking afkeerig was van de nieuwe hulp.

Het door den Resident uitgebrachte hoogst belangrijke rapport in

zijn geheel over te nemen, mag niet, doch tevens is het van te groote uitgebreidheid.

Ik zal trachten de voornaamste punten er uit hieronder mede te deelen.

Er waren twee groote vragen te beantwoorden:

1° Berust bij de bevolking de tegenzin tegen het doen assisteeren der vrouwen op Europeesche wijze, op godsdienstige bezwaren, dan wel op onoverkomelijke vooroordeelen?

2° Is het mogelijk op den duur aan de vroedvrouwen een behoorlijk bestaan te verzekeren, zonder dat finantieele lasten òf voor den Staat, òf voor de bevolking, òf voor beiden te hoog worden?

Uit het geheele onderzoek is van bezwaren van godsdienstigen aard hoegenaamd niets gebleken.

Echter waren thans vigeerende gebruiken geheel anders dan de nieuwe.

De doekoendiensten toch worden in drieën verdeeld; *a* die bij de bevalling; *b* die nà de bevalling tot het afvallen van de navelstreng; en *c* die beginnende van af dit tijdstip tot veertig dagen na het accouchement.

Zoo is de hulp der doekoen bij de bevalling uitgedrukt door het woord „sengko" in den zin zoowel van „door pidjitten (massage) naar boven schuiven", als in dien van „eene zaak bespoedigen"; daarentegen doet de vroedvrouw niets dan kalm afwachten.

De doekoen spreekt tooverformules uit, en geeft allerlei inlandsche kruiden. De vroedvrouw niets van dat alles.

Is de bevalling afgeloopen, dan stelt de doekoen alles in het werk om de vrouw veel bloed te doen verliezen, hetzij door pidjitten, hetzij door middelen in- en uitwendig toe te passen.

De vroedvrouw zorgt zooveel mogelijk, dat er geen nabloeding plaats heeft.

Interessant is het te vernemen, dat van twee door den Resident zelf ondervraagde vrouwen, de eerste antwoordde, dat ze de nieuwe hulp prefereerde, omdat ze zoo spoedig en zonder pijn bevallen was, maar toch bij eene nieuwe bevalling de voorkeur zou geven aan eene doekoen, omdat die haar en vooral het kind niet zoo spoedig in den steek liet.

Ook de tweede had niets dan lof voor de vroedvrouw, vooral omdat ze de placenta zoo handig verwijderd had, maar had dadelijk een doekoen laten komen om het kind te pidjitten.

Alvorens verder te gaan, moet ik op eene fout wijzen, die ik begaan heb. Het was deze —, dat ik te groote uitgestrektheid had genomen voor de weinige bevoegde hulp, die me ten dienste stond. Het geheele onderdistrict Kawedanan Kedirie was voor twee te

zwaar. Niet in het bezit van een bevolkingsregister, dus van het aantal bevallingen, dacht ik met twee (trouwens er waren niet meer) vroedvrouwen voor de accouchementen en voor de nabehandeling van moeder en kind gedurende ± 8 dagen, te kunnen volstaan.

Het bleek al zeer spoedig, dat ik me vergist had. Zooals gezegd, werd besloten alles op zijn beloop te laten, tot meergemeld onderzoek had plaats gehad, waaruit den Resident blijken zou, of het volk door geloof of wat ook ernstig tegen de invoering der nieuwe regeling gekant was.

Ik releveer dit, om de klachten over de nabehandeling te verklaren. Het was den vroedvrouwen onmogelijk dat goed te doen. Dit groote bezwaar is thans, nadat de nieuwe leerlingen examen gedaan hadden, opgeheven. Thans zijn sinds 1 Mei 1899 voor het onderdistrict Kawedanan Kediri 4 geëxamineerden aangesteld, zoodat ze èn acchouchement èn nabehandeling kunnnen leiden, daar ze nu niet meer dan 15, hoogstens 20 bevallingen per maand hebben.

Na dit intermezzo volgen we weder den Resident, waar deze zich de moeite wil getroosten aan den hoofdoppasser de volgende vragen te stellen:

Vraag: Als uwe vrouw bevallen moet, hoe zorgt ge voor verloskundige hulp?

Antw.: Zoodra de verschijnselen zich voordoen, roep ik de hulp van de naastbijzijnde doekoen in.

Vraag: Maakt ge van tevoren nooit met de een of andere doekoen afspraak, dat *zij* speciaal uwe vrouw zal helpen?

Antw.: Neen.

Vraag: Dus, al heeft eene doekoen uwe vrouw eenige malen geholpen, en ge verhuist naar een andere dessa, dan hebt gij noch uwe vrouw eenige preferentie voor de vroegere doekoen?

Antw.: Neen, de naastbijzijnde wordt gehaald.

Vraag: En hoe gaat het verder?

Antw.: Is alles goed afgeloopen èn vrouw èn kind gereinigd, dan vraagt de doekoen of ze de zorg van moeder en kind nog langer op zich nemen moet en voor hoe lang, voor sepasaran (vijf dagen) òf voor selapan (35 dagen).

Want, is alles afgeloopen, dan betaal ik *f* 1.17½, dit is één gulden voor de eigenlijke hulp en 17½ cent voor de „sarat" (onder sarat verstaat men het prevelen van gebeden en het bespuwen der barende om te voorkomen dat ze ziek wordt).

Verder neemt de doekoen deel aan de slamettan, en krijgt daarvan wat meê naar huis (berkat).

Verlang ik hare hulp verder één pasaran, dan krijgt ze daarvoor

f 1.50 als het een meisje, en *f* 2.— als het een jongen is, behalve het vroeger betaalde.

En, wil ik hare hulp gedurende selapan (vijf-en-dertig dagen) dan krijgt ze nog eens *f* 3.50 of *f* 4.

Vraag: Dus, ge betaalt die sommen in gedeelten?

Antw.: Neen, nadat de overeenkomst omtrent den tijd, dat ze helpen zal, gesloten is, krijgt ze de geheele betaling, nadat die tijd verstreken is.

Vraag: Krijgt de doekoen nog andere geschenken?

Antw.: Neen, alleen neemt ze deel aan de verschillende slamettans en krijgt ze na afloop wat eten mee naar huis.

Vraag: Blijft de doekoen al dien tijd bij u in huis?

Antw.: Neen, als de bevalling afgeloopen is, keert zij naar huis terug en komt alleen tweemaal daags om vrouw en kind te helpen.

Vraag: Heeft ze lang werk met die nabehandeling?

Antw.: Neen, dat is in den regel vlug afgeloopen.

Vraag: Eén doekoen kan dus meerdere vrouwen verzorgen?

Antw.: Zeker.

Vraag: Komt het wel eens voor, dat de doekoen, die bij de bevalling geholpen heeft, dadelijk daarna weggezonden wordt?

Antw.: Ja, dat komt wel voor; want voor de bevalling wordt de naastbijzijnde doekoen geroepen, maar voor de nabehandeling wordt wel eens eene betere doekoen geprefereerd; vooral voor de eerste vijf dagen moet men liefst eene doekoen baji (vroedvrouw) nemen.

Vraag: Komt het wel voor, dat de doekoen na die vijf dagen weggezonden wordt?

Antw.: Ja, dat komt wel voor, vooral als een der huisgenooten de bekwaamheden bezit van moeder en kind te kunnen helpen.

De ondervraagde hoofdoppasser heeft *f* 20 tractement per maand en *f* 5 paardenfourage, daarom werden dezelfde vragen ongeveer aan minder bezoldigden gesteld, zooals van *f* 8 of *f* 6 in de maand. De antwoorden luidden nagenoeg hetzelfde; vooral was van veel belang te vernemen, dat zelden voor bevalling en nabehandeling minder dan *f* 1.50 werd betaald. Daarentegen gaven pryaji's (ambtenaren) *f* 2.50 voor de „sengko" (hulp tijdens de baring); *f* 5 of *f* 6 voor de „separan" en *f* 7.50 tot *f* 10 voor de „selapan".

Daar juist het finantieele een niet onbelangrijk deel uitmaakt van de geheele verloskundige quaestie, omdat dit in verband staat met de al of niet blijvende subsidiëering, heb ik dit onderzoek voortgezet bij zeer vele personen en ben tot dezelfde conclusie gekomen.

De Resident trekt uit het bovenstaande deze gevolgtrekkingen.

De invoering van bevoegde hulp behoort niet tot de onmogelijkheden, maar zal op moeielijkheden stuiten (zooals iedere hygiëni-

sche maatregel, die te strijden heeft met domheid en traditie).

Het blijkt toch, dat de inlander bij de appreciatie van verloskundige hulp zich op een geheel ander standpunt stelt dan de Europeanen.

Bij ons is de hulp bij de eigenlijke bevalling het voornaamste, bij hen de nabehandeling. (Dit is zeker karakteristiek, omdat het toont, dat het volk in de eigenlijk gezegde geneeskundige hulp der doekoen geen vertrouwen heeft. Het is volkomen overtuigd, dat als er iets bij de bevalling niet goed gaat, de doekoen machteloos is).

Dit geeft hoop, dat het volk tegen de nieuwe hulp bij de verlossing geen of weinig bezwaren zal hebben, en dat, wanneer het eenmaal met het goede doel vertrouwd is geraakt, het afstand zal doen van de onnoodige diensten der „selapan", en meer zal betalen aan de vroedvrouwen.

Wanneer de vroedvrouw, van wier optreden ook zeer veel in dezen zal afhangen, met tact en beleid handelt; wanneer haar arbeid zóó ingedeeld wordt, dat ze 15 tot 20 verlossingen per maand heeft, zoodat ze kraamvrouw en kind niet alleen bij de bevalling helpt maar ook nog de nabehandeling op zich kan nemen tot de navelstreng afgevallen is, dan mag ik de toekomst niet te mooi inzien, maar geloof, dat de invoering der verloskundige hulp mogelijk is, en dat de vroedvrouw in en dóor haar volk een zeer voldoende bestaan zal vinden.

Hoewel ik ten eenemale gekeerd ben tegen ruw en onhandig optreden, daar dit slechts ongunstig kan werken, en groot nadeel zal stichten, zoo is het toch noodig gebleken, dat van Bestuurswege strenger opgetreden moet kunnen worden, als tot nu toe het geval was, tegen die doekoens, die het leven van kraamvrouw en kind opofferen aan häar eigen klein geldelijk belang.

Ik ben dus in bijzondere gevallen waar dit noodzakelijk en dan nog alleen dáár, waar bevoegde verloskundige hulp aanwezig is, niet tegen de toepassing op de doekoens der artikelen 237 en 238 van het Strafwetboek voor Inlanders, luidende:

237. Ieder, die uit onbedrevenheid, onhandigheid, onvoorzichtigheid, onoplettendheid, nalatigheid of verzuim van inachtneming van algemeene verordeningen reglementen en keuren van politie, onwillig iemand doodt, of iemands dood veroorzaakt, wordt gestraft met dwangarbeid buiten den ketting van drie maanden tot twee jaren en geldboete van vijf-en-twintig tot driehonderd gulden.

238. Zoo de onbedrevenheid, onhandigheid, onvoorzichtigheid, onoplettendheid, nalatigheid of het verzuim van inachtneming van algemeene verordeningen, reglementen of keuren van politie, slechts kwetsuren of slagen tengevolge heeft, is de straf ten arbeidsstelling

aan de publieke werken voor den kost zonder loon van zes dagen tot twee maanden.

Wanneer de slagen geenerlei ziekte of onbekwaamheid tot persoonlijken arbeid of geene of slechts onbeduidende kwetsuren veroorzaken, is de gevangenisstraf van ten hoogste drie dagen of geldboete van ten hoogste vijf-en-twintig gulden.

Volgens eene mededeeling van den Procureur-Generaal zijn deze artikelen toepasselijk te achten op doekoens, die door onbedrevenheid of onhandigheid den dood eener kraamvrouw of van het kind veroorzaken, of hun onnoodig letsel toebrengen. Maar aangezien het in den geest der hier bedoelde strafbepalingen ligt om niet meer te vorderen dan menschelijkerwijze van den betrokken persoon kan worden gevorderd, zal volgens den Procureur-Generaal van een strafbaar verzuim bij doekoens eerst dàn sprake kunnen zijn, wanneer zij bij de uitoefening van haar beroep niet die zorg, behoedzaamheid en voorzichtigheid aanwenden en betrachten, welke van haar als *inlandsche* vroedvrouwen mag worden verwacht, of wanneer zij niet in acht nemen wat de wetenschap aan *inlandsche* vroedvrouwen in het algemeen heeft geleerd. Geheel afdoende kan dus de toepassing dezer strafbepaling niet zijn, ook omdat naar het oordeel van den Procureur-Generaal het dooden van een ongeboren vrucht door onkunde enz., geheel op zichzelf genomen, niet als onwillige berooving van iemands leven kan worden gestraft. Maar er kan toch reeds heel wat door gewonnen morden.

Alvorens verder te gaan, wil ik den Resident hierbij openlijk mijn' dank betuigen, voor alle moeite, die hij nam en voor de medewerking die hij verleende.

Het was geen geringe satisfactie voor me, dat het Hoofd van Gewestelijk Bestuur, een man rijp in ervaring, een man op wiens advies de Regeering zeker hoogen prijs stelt, een man die van nabij den gang van zaken gadegeslagen heeft, dat die man tot conclusiën komt, nagenoeg één met de mijne. Dat is van zeer groote waarde. Het steunt mij krachtig in mijne pogingen en heeft me nieuwen moed gegeven om op den ingeslagen weg voort te gaan naar het doel dat we voor oogen hebben, tot heil en welzijn van zooveel duizenden onzer medemenschen.

Hier en daar heb ik gemeend eenige ophelderingen te moeten inlasschen, en wil nu nog even vooral het laatste punt van het betoog nader toelichten; aangezien de z.g. „politie-maatregelen" voor Z. E. den Minister van Koloniën reden waren om tegen de verloskundige school te moeten zijn, omdat ze van te ingrijpenden aard waren.

Die overwegingen van Zijne Exellentie zouden zeker van het hoogste aanbelang, en actie tegen de doekoens niet zonder gevaar zijn, indien opeens een duizend of meer vroedvrouwen op Java geplaatst met geweld der bevolking werden opgedrongen. Maar, waar we met zoo'n klein aantal beginnen, met de meeste omzichtigheid te werk gaan, waar elk bezwaar der bevolking met ernst bedacht en overwogen wordt, of dan nog te ingrijpend gehandeld wordt?

Nog eens schrijf ik de woorden van den Resident neder, om te voorkomen dat men zich eene verkeerde voorstelling make.

„Hoewel ik ten eenenmale tegen ruw en onhandigheid optreden „ben, daar dit slechts ongunstig kan werken, en groot nadeel stichten, „zoo is het toch noodig dat van bestuurswege strenger moet opge„treden kunnen worden."

Dat tegen de doekoens opgetreden moet worden is om vele redenen noodzakelijk. Zoodra de doekoen baji (de eigenlijke vroedvrouw, die helpt tot de navelstreng afgevallen is, niet die, welke als baker fungeert van den vijfden of zesden tot den 35sten dag) van het tooneel verdwenen is, worden de inkomsten van de geëxamineerde vroedvrouw hooger, en zal de subsidie veel spoediger ingetrokken kunnen worden, hetzij gedeeltelijk, hetzij geheel.

Een ander voornaam punt is, dat de ambitie der vroedvrouwen op zware proef gesteld wordt. Niets dat de spieren van het lichaam zóó staalt, als oefening. Niets dat energie, lust tot werken, meer prikkelt dan arbeid. Ledigheid is des duivels oorkussen. Krijgen de vroedvrouwen veel accouchementen, dan komen ze elken dag in de gelegenheid het geleerde toe te passen. Ook zullen ze dikwijls pathologische gevallen zien, en hun dictaat weer ter hand nemen om hun geheugen op te frisschen.

Zonder arbeid, of met één of twee bevallingen in de maand, treden ze spoedig in een stadium van verval, waaruit ze niet meer, of met zeer veel moeite weder op te heffen zijn.

De doekoen baji moet er niet alleen uit, omdat ze door hare onkunde zoo menig moeder en kind doet sterven, maar ook, omdat haar dáár zijn de invoering van betere hulp in den weg staat.

De noodzakelijkheid eener betere hulp wordt mij elken dag duidelijker; en hetzelfde zal met ieder medicus het geval zijn, die tracht in het wezen der zaak door te dringen, en zich niet laat leiden door hetgeen hij zoo nu en dan eens toevallig heeft waargenomen.

Met de rapporten van Djasminah en Tasminten van 15 Mei 1898 tot dien datum in 1899 voor me. zie ik hoe zij hun volk hoogst nuttig zijn geweest, en dat nog meer hadden kunnen zijn, ware de doekoen geweerd geworden.

De gevallen tot 1 Juli zijn reeds beschreven. Ik zal dus alleen weergeven, wat ze vanaf dien datum, als interessant in hunne officieele rapporten mededeelden.

Tasminten.

Maand September 1898 n° 26.

De vrouw van den chinees Fan Bing Swie heeft negen miskramen gehad; is nu bevallen van twee doode kinderen. Waarschijnlijk is dat alles doordien de ouders syphilitisch zijn.

8/1—'99. Bok Kromoredjo krijgt een miskraam van 6 maanden. Dit is reeds drie maal gebeurd, door ziekte der ouders.

17/1—'99. Bok Partoredjo-Bandjaran, heeft 4 kinderen allen in de bevalling verloren. Het laatste is blijven leven.

18/1—'99. Njonja Kibejoe-Kemasan, heeft 5 kinderen door te vroege geboorte verloren. Bij mijne komst zegt ze, reeds gedurende twee dagen geen kindsbeweging meer gevoeld te hebben. Het kind is dood geboren.

15/2—'99. Radhen ayoe Patimo-Koesoemo laat me 's morgens 6 ure roepen. Het kind is al begraven. Toen ik kwam had de vrouw nog erge pijn in de buik Het uitwendig onderzoek is zeer pijnlijk en ik voel alleen, dat de baarmoeder hoog boven de symphysis staat.

(Er bleek eene groot intraligamentair ontwikkelde ovariaaltumor te zijn, die in Maart met goed gevolg verwijderd is geworden.)

16/3—'99 Bok Kartoredjo-Djagallan; multipara IV, roept mij voor heftige nabloeding. De placenta is in zijn geheel geboren, Om de bloeding te doen ophouden, wrijf ik den uterus zeer sterk, en geef eene ergotine-injectie. Daar de pols erg slecht is, doe ik de vrouw in een warme deken wikkelen, en geef haar warme kruiken. Spoedig gevoelt ze zich beter en heeft een goed kraambed doorgemaakt.

3/4. Bok Soewarti-Kaaeman roept mij om 7 uur 's avonds en vind ik: primipara 2e schedelligging; ontsluiting 4 c.M.; voorliggend deel in de bekkenholte; kleine fontanel rechts vóór. 's Avonds 11 uur bij volkomen ontsluiting, breek ik — na desinfectie der handen en vagina — de vliezen. Om 11 uur wordt het hoofdje geboren en, omdat de schouders lang op zich laten wachten, trek ik het hoofd eerst naar beneden tot de linkerschouder zich onder den rechter schaambeenstak heeft vastgezet en trek dan het hoofd naar boven. De placenta wordt met Credésche handgreep verwijderd. Eene kleine perineaalruptuur wordt gehecht. Kraambed zonder stoornis.

9/4. De Chineesche vrouw Goudee roept me 's morgens om 9 uur. De verlossing van kind en placenta door eene doekoen ver-

richt. De vrouw is duizelig, kortademig, de pols is zeer klein en snel. Terwijl ik den uterus wrijf, laat men op mijn verzoek de placenta zien, waarvan een groot stuk ontbreekt. Daarom verricht ik snel desinfectie mijner handen, ga met de rechterhand in den uterus, pel het groote stuk resteerende placenta los, waarop de bloeding geheel staat.

13/4. Bok Martokromo-Pandean, laat mij 's avonds half acht halen. Ze is primipara 1e schedelligging; volkomen ontsluiting, vochtblaas gebroken, voorliggend deel in de bekkenholte, kleine fontanel links vóór. Harttonen kind niet meer hoorbaar. Ik roep Djasminah, die de resultaten van mijn onderzoek bevestigt. Na desinfectie van handen, instrumenten en vagina, legt ze de tang aan in de 2e schuinsche afmeting. Het kind is dood geboren. De nageboorte wordt na $^1/_2$ uur door Ccrédé-handgreep geboren. De man heeft mij *f* 5 gegeven, zonder dat ik iets gevraagd heb.

Het zal opvallen, dat de rapporten van Tasminten zoo weinig belangrijk zijn tegenover die van Djasminah. Tasminten is geen leerlinge van mij, en ik wil daar dus niet over uitweiden, alleen dit, dat ze niet lezen of schrijven kan. A bon entendeur, demi mot suffit.

De laatste maanden zijn hare mededeelingen van waarde geworden; dit was, doordien ik haar door eene in Januari geëxamineerde ter zijde heb laten staan.

Op haar eigen verzoek werd ze nooit naar buiten gezonden, om te assisteeren bij pathologische bevallingen.

Dit was met Djasminah wel het geval. Ter onderscheiding van hetgeen zij deed *in* of *buiten* haar rayon zal ik achter ieder geval plaatsen i. r. (in het rayon) of b. r. (daarbuiten).

6/7. Bok Karso-Betik (b. r. 4 paal) multipara VI; alle vroegere bevallingen zijn goed verloopen. Bij mijne komst zijn vrouw en kind reeds overleden. Ze is drie dagen te voren bevallen van een dood kind. De placenta is twee dagen daarna te voorschijn gekomen. Verdere ophelderingen kon ik niet erlangen.

9/7. Bok Tjokro-Dandangan. (i. r.) multipara VII. De zes vorige kinderen zijn alle dood geboren. Dit kind leeft, is echter zeer zwak, en op het linkerhandje zijn wondjes en blaren. De ouders zijn misschien syphilitisch.

13/7. Teo-Tèk-Tjoan-Pakelan (i. r.) multipara IV. Twee kinderen leven, het derde heeft slechts 3 uur geleefd. Het vierde kind is levend geboren, ziet er echter uit als een kikker. Kleine handen en voeten, zeer klein hoofd, breede schouders. Na 17 uur is het kind overleden.

16/7. Bok Sono-Bandjar-melati (b. r. 2 paal) is bij mijne komst al drie uur dood. De geboorte van het levend kind is gemakkelijk gegaan, maar de placenta is niet geboren geworden.

20/7. Bok Satiman-Wringin-sirah (i. r.) gravida 7 maanden, multipara II. Het kind heeft slechts één dag geleefd.

20/7. Djemirah Baloewerti (i. r.). Bij mijne komst zijn moeder en kind reeds overleden; men heeft mij te laat geroepen.

22/7. Bok Sadikoen-Baloewerti (i. r.) multipara II. Zij is verkoopster en was op straat tot de partus begon. Hoewel ze snel naar huis is geloopen, had ze geen tijd meer om te gaan liggen en is het kind op den grond gevallen, waardoor de navelstreng gebroken is. Ik heb de placenta per Credé verwijderd. Moeder en kind zijn gezond.

28/7. Bok Troeno-Semampir (b. r. 1 paal) multipara IV; is reeds bevallen van een dood kind. Nadere bijzonderheden kan ik niet te weten komen.

4/8. Bok Pontjokario-Banaran (i. r.) multipara VII, heeft gezonde kinderen gebaard; was nu negen maanden gravida en kreeg eene bloeding. Om 5 uur 's morgens liet zij de doekoen, Bok Sinah, halen, die eerst om 11 uur mij waarschuwde, toen de moeder met de ongeboren vrucht al gestorven waren.

15/9. Bok Partodikardjo-Kemassan (i. r.) multipara V. Heeft 4 gezonde kinderen ter wereld gebracht. Ook het vijfde is zonder gebreken, alleen is de vrouw gestorven aan nabloeding in de 3e periode. De placenta is niet geboren.

18/9. Rakit-Waroedjajeng (b. r.) primipara 10 maanden; heeft al sinds 's morgens 9 uur met pijnen gelegen, en laat mij 's nachts om 2 uur halen. Ik vind a. l. a. fundus uteri in het midden van navel en hartkuil. Vochtblaas gebroken, ontsluiting 3 cM., hoofd nog niet in den bekkeningang vast ingedaald.

Den volgenden dag om 3 uur 's middags is ontsluiting 4 cM., hoofd diep in den bekkeningang a. l. v., de vrouw voelt zich erg moe en afgemat. De weeën worden zwakker. Ik verzoek den docter te komen, dien de groote omvang van den buik opvalt. Ontsluiting is volkomen, weeën zijn er bijna niet meer. De vrouw dringt om geholpen te worden, de ademhaling is zeer snel. Temperatuur 39.3° C. Na desinfectie legt de docter de tang aan in 2e schuinsche afmeting en extraheert het kind. Daarna ontlast zich eene groote hoeveelheid gas en stinkend vruchtwater (Tympania uteri). Het kraambed verliep voor moeder en kind ongestoord.

8/10. Bok Roeping-Poerwodadi (b. r. 12 paal) multipara X. Negen kinderen leven en zijn gezond. Ook ditmaal is het kind zonder stoornis geboren, maar de placenta niet. Toen ik kwam was de vrouw al doodgebloed.

12/10. Njonja Si Hway-Oen-Kertosono, (b. r. 19 paal) ligt reeds twee dagen in partu. De docter is met mij meegegaan. Het onderzoek leert het volgende: primipara a. l. v., ontsluiting volkomen; hoofd diep in de bekkenholte; totale weeënzwakte; uit de vagina vloeit een mengsel van meconium en faecaliën der vrouw. In de achterste vaginawond is een gat ter grootte van 2 cM. met scherpe randen. Volgens de familie heeft eene doekoen beproefd den weg te vergrooten. (Hoe?) De buik is sterk uitgezet; fundus uteri in de hartkuil; vesica reikt tot den umbilicus. Harttonen van het kind niet te hooren. De vrouw is onrustig, koortst, ijlt. Het vrouwtje is pas 17 jaar geworden.

Na desinfectie wordt de blaas geledigd. Er vloeit donkere, stinkende urine uit den catheter. Dan wordt chloroform door mij toegediend en legt de docter de tang aan in dwarse afmeting. Het doode kind wordt vrij gemakkelijk gehaald. De placenta wordt na $^1/_2$ uur verwijderd, waarna eene lichte bloeding volgt, die op wrijving van den uterus staat.

De koorts houdt de eerste dagen aan. Ik geef tweemaal daags vaginaal-irrigaties van 1 $^0/_0$ Lysol, zorg voor urine-afleiding; dien op last van den docter antipyrrhine 2 gr. per dag toe, en breng haar den 10^{den} dag na de bevalling naar Kedirie. Ze is daar geheel genezen en de docter heeft de rectovaginaalfistel gesloten.

17/10. Bok Sodikromo-Potjanan (i. r.) multipara VI. Drie kinderen leven, n^0 4 is na twee maanden gestorven, n^0 5 heeft slechts twee dagen geleefd, n^0 6 was reeds dood geboren, toen ik kwam; eene doekoen heeft geholpen, de bevalling moet zonder stoornis verloopen zijn; de huid van het kind is gemacereerd.

13/11. Bok Radijem-Dandangan (i. r.) multipara IV; drie kinderen leven. Ik word om 1 uur 's nachts geroepen en vindt het kind reeds dood, dwarsligging met uitzakking der linkerhand buiten de vulva. De huid van het armpje is blauw verkleurd en gemacereerd. De vrouw is zeer zwak, ademhaling snel, pols klein en vlug; buik is hoogst pijnlijk bij betasting. De docter komt op mijne mededeeling dadelijk, de toestand is hopeloos. Dadelijk wordt chloroform gegeven, zoo vlug mogelijk gedesinfecteerd. Het armpje wordt in den oksel geëxarticuleerd; het kind na verkleining geboren. Na $^1/_4$ uur wordt beproefd de placenta per Credé te verwijderen, hetgeen niet gelukt. De ingebrachte hand vindt een groote ruptura uteri. Placenta wordt verwijderd. De uterus wordt met jodoformgaas getamponneerd. De toestand der vrouw laat geene overbrenging naar de ziekeninrichting toe. Na 12 uur is de vrouw overleden.

16/11. Bok Kromosono-Dandangan (i. r.) multipara IV. Drie kinderen leven. Deze keer heeft ze ook geen last van de

zwangerschap gehad. Toen ik kwam waren twee kindertjes dood geboren. Ze zagen er uit, alsof ze pas gestorven waren. Ook zegt de vrouw, dat zij tijdens de bevalling beweging gevoeld heeft. Beide kinderen zijn in voetligging geboren. Ik denk dat ze schijndood ter wereld zijn gekomen en de doekoen ze niet heeft kunnen redden.

1/12. Tandak Soersasih (prostituée), bevalt in het ziekengesticht te Kedirie, Zij lijdt aan syphilis; is gravida VIII maanden; a. l. v.; sinds 6 uur is ze in partu; harttonen van het kind niet meer te hooren, vruchtblaas gebroken, het hoofd voelt week aan. De bevalling is goed verloopen, het kind dood geboren.

27/12. Bok Tjokrosoeparto-Potjanan (i. r.) multipara III. Ik ben te laat geroepen, de vrouw leeft, het kind ziet er goed uit, is echter dood geboren. Bizonderheden kan ik niet te weten krijgen.

27/12. Bok Kertosentono-Bgadisimo. (i. r.) primipara. Kind is dood geboren. Vrouw sterft 5 dagen p. p. Men wil mij niets omtrent de bevalling vertellen, die door eene doekoen geleid is.

8/1 '99. Bok Trodongso-Semampir (b. r.) 1 paal, multipara X. De vroegere bevallingen zijn goed verloopen. Ik vind a. l. v. vochtblaas gebroken, ontsluiting volkomen, hoofd vóór bekkenuitgang. Weeënzwakte. Harttonen van het kind nauwelijks hoorbaar. De docter, die ik verzocht heb te komen, legt, zonder chloroform, na desinfectie, de tang aan en haalt met moeite het zeer groote kind. Eerst na een kwartier mocht het gelukken, de levensgeesten van het kind terug te roepen. Kraambed zonder stoornis.

18/1. Bok Paiman-Goèrah (b. r.) multipara VI. Vijf kinderen leven. De bevalling is om 7 uur 's avonds van den 18den Januari begonnen. Men roept mij om 11 uur 's morgens van den 19den. De docter is niet thuis. Bij mijne komst vind ik verzuimde dwarsligging, uitzakking van de rechterhand en van de navelstreng. Navelstreng klopt niet meer. De moeder ziet er nog vrij goed uit, er zijn nog weeën. Het armpje, dat naar buiten ligt, is opgezet, blauw, en de huid laat bij betasting los.

De vroedvrouw Ripkah, die met me meegegaan is, geeft chloroform, waarop ik, na desinfectie, het armpje in den oksel afknip. Dan zakt het linker uit, dat ook weggenomen wordt, daarop kan ik gemakkelijk een voetje afhalen en doe versie en extractie. De placenta volgde na $^1/_4$ uur. Het kraambed ging zonder stoornis. De docter is tweemaal naar de vrouw gaan zien.

6/2. Bok Sowikromo-Djengkol (b. r. 15 paal) multipara VI. Toen ik kwam, was de vrouw al zeer zwak, kleine pols, het lichaam is erg koud. Ze lag al 4 dagen in hare bevalling, toen de

Administrateur het te weten kwam en den Docter telefoneerde, die evenwel niet thuis was.

De buik is erg opgezet, de blaas reikt tot den navel. Harttonen van het kind niet meer hoorbaar, dus was het kind al dood. Na zorgvuldige desinfectie voel ik het hoofd voor den bekkenuitgang; kleine fontanel links vóór; pijlnaad bijna in de rechte afmeting. Geen weeën (paralysis uteri). Ik leg de tang eerst in kokend water, dan in Lysol en wil intusschen de urine aftappen, maar dat gaat niet, het hoofd klemt te veel.

De tang wordt in dwarse afmeting aangelegd, en een zeer groot kind gehaald. De kleine perineaalruptuur hecht ik dadelijk. Het gezicht van het kind ziet donker blauw zwart, de huid is geëxcoriëerd en het vruchtwater, dat uit den uterus nakomt, riekt zeer onaangenaam. Het kind moet dus al een paar dagen dood geweest zijn. Na $^1/_4$ uur volgt de placenta. In het kraambed heeft de vrouw koorts gehad, maar was toch na 6 dagen geheel hersteld.

7/2. Ong-Twan-Kie Pakellan (i. r.) primipara, 10 maanden. Toen ik kwam was er al atonia uteri. Het hoofd staat vóór den bekkenuitgang; pijlnaad in de rechte afmeting. Er is uitzakking van de navelstreng, die niet meer klopt. De docter was niet thuis, en daar ik niet wachten mocht, lag ik de tang aan in dwarse afmeting.

Juist was dit gedaan, toen de docter binnenkwam en het doode kind hielp extraheeren. Het kraambed was ongestoord.

25/2. Njonja Gwie-Ting-Gwan-Wringin-sirah (i. r.) primipara. Bij mijne komst ligt de vrouw 4 uur in partu, er is volkomen ontsluiting; hoofd vóór den bekkenuitgang, kleine fontanel bijna in de rechte afmeting. Harttonen van het kind nog goed, toestand moeder ook, alleen zeer zwakke weeën. Om die te versterken geef ik 1 gram secale cornutum, en wrijf den buik flink. Toen na een half uur dit alles niets gaf, en de docter niet thuis was, lag ik, na zorgvuldige desinfectie de tang in dwarse afmeting aan, en deed een levend kind geboren worden. Kraambed zonder stoornis.

1/3. Bok Merto-Ngoboh (b. r. 24 paal). De Administrateur van het koffieland Njoboh laat mij roepen, omdat de vrouw niet bevallen kan. Ze ligt al 3 dagen.

Als ik in het hutje binnentreed, komt me een hoogst onaangename reuk tegemoet. De vrouw ziet er uit als een doode.

Het gelaat is geel, de oogen weggezonken, pols klein en snel, het lichaam koud, bedekt met zweet. Het uitwendig onderzoek is onmogelijk door de vreeselijke pijn, die ze lijdt. Het linker armpje is buiten de vulva. Een gedeelte van de stinkende placenta en de navelstreng liggen buiten.

Hoop om de vrouw te redden, had ik niet meer. Dit deelde ik

den man mee. Om toch wat te beproeven, gaf Kamsinah een beetje chloroform en begon ik met het in ontbinding verkeerend armpje af te knippen, dan het voetje gemakkelijk af te halen en het doode kind te extraheeren. Hoewel de vrouw geen druppel bloed meer haast verloren heeft, helpt niets, en sterft ze 2 uur na de bevalling.

13/3. Bok Kromo-Plosso (b. r. 10 paal). Primipara, die al 4 dagen bezig is met hare bevalling. De blaas is zeer vol, daar de vrouw al twee volle dagen niet geurineerd heeft. De labia zijn zeer sterk opgezet en zien er zeer blauw uit. A. l. v. hoofd in de bekkenholte. De vrouw ziet er erg slecht uit en heeft koorts. Na desinfectie laat ik door den catheter eene groote hoeveelheid urine afloopen. Kamsinah geeft chloroform en ik leg de tang aan in 2e schuinsche afmeting. Door de nauwe vulva en opgezette labia, kan het hoofd niet passeeren. Als dit met een groot segment staat, neem ik de tang af om beter het perinaeum te steunen, en maak eenige zijdelingsche incisies. Door Ritgensche handgreep wordt het hoofd geboren, waarbij het perinaeum toch nog inscheurt. Het kind is dood, de huid van het hoofd gemacereerd.

Na $^1/_2$ uur wordt de placenta uitgedrukt. De toestand der vrouw zeer slecht zijnde, breng ik haar den 15en Maart 's morgens vroeg naar Kedirie.

Hier aangekomen is 't eerst merkbaar de ondragelijke reuk, die de vrouw verspreidt Bij onderzoek is er een groote vesico-vaginaal en een recto-vaginaal fistel. Vulva en vagina vormen een gangraeneuse massa. Temperatuur 39.6°, neiging tot braken, meteorismus, alle teekenen van dreigende peritonitis. We hebben de vrouw met uiterste zorg behandeld. Het heeft haar aan niets ontbroken. Ook mochten we de satisfactie hebben, dat ze langzaam vooruit ging; koorts minderde tot 37.4° en daarmede gingen de andere verschijnselen terug, tot ze den 8sten opeens eene heftige bloeding uit een aangevreten tak der uterina kreeg, waartegen haar zwakke lichaam niet bestand was.

Iedere medicus zal het leed doen, als hij een patiënt verliest, maar een troost moet het voor hem zijn als hij — handelend volgens het tegenwoordig standpunt der wetenschap — zijn zieke niet heeft kunnen redden, toch zooveel mogelijk het lijden heeft verlicht, heeft verzacht.

(Dit is juist een groote grief tegen collega Pauw, die den toestand zoo erg niet vindt. Zeker, als er van de ruim één millioen vrouwen, die jaarlijks bevallen, 20.000 sterven, dan blijven er massa's over. Maar raakt het den medicus, raakt het den mensch niet, hoe die arme schepsels aan hun eind komen! Ik voor mij vind den toestand diep, diep ellendig en verschrikkelijk).

26/3. Bok Koesoemo-Winoto-Dandangan (i. r.) laat mij om 7 's avonds roepen. Ze is eene primipara a. r. v.; na desinfectie leert het inwendig onderzoek volkomen ontslüiting, vochtblaas gebroken; kleine fontanel rechts vóór; pijlnaad in 2e schuinsche afmeting, weeën nog goed, zoo ook de harttonen van het kind. Ik vraag haar of ze geurineerd en gedefaeceerd heeft. Dit is beide het geval en ik raad aan kalm af te wachten. Na drie uur, toestand stationair, weeën en harttonen van het kind zwakker. Om 4 uur 's morgens zijn de harttonen van het kind erg flauw hoorbaar. De vrouw is uitgeput; de partus is niets gevorderd in al dien tijd. Weeënzwakte. Na desinfectie leg ik (in dit geval heeft Djarisah, eene pas geëxamineerde, geholpen) de tang aan in eerste schuinsche afmeting en ontwikkel het hoofd. Er is geen omstrengeling van de navelstreng. Placenta wordt na $^1/_4$ uur verwijderd; kraambed voor moeder en kind is ongestoord.

1/4. Njonja Gwansie-Pakellan (i. r.) multipara II. Bij mijne komst is het kind al geboren, de placenta nog niet. Credeeren helpt niet; de vrouw bloedt zeer heftig, daarom breng ik, na desinfectie de hand in den uterus en pel de placenta los, die vast aan de baarmoeder verbonden is. Na verwijdering wrijf ik den uterus zeer hard, tot hij zich goed contraheert. Als de vrouw wat beter is, zie ik de placenta na. Er ontbreekt niets, ook niets van de vliezen. De vrouw is geheel hersteld.

23/4. Bok Darmo-Meritjan (b. r. 3 paal) multipara II. Zij heeft een vernauwd bekken. Vroeger heb ik haar al geholpen met een tweeling, die ik allebei met de tang heb moeten halen en beiden leven. Zij ligt al twee volle dagen en heeft mij niet eerder laten roepen, uit vrees voor de pekakas (instrumenten). De vrouw is verzwakt; a. l. v.; harttonen van het kind niet meer hoorbaar. Er is een groot caput succedaneum, volkomen weeënzwakte. Na desinfectie leg ik de tang aan en extraheer het doode kind. Placenta na $^1/_2$ uur verwijderd. Kraambed zonder stoornis.

29/4. Bok mas idor-Baloewerti (i. r.). Eene primipara van ongeveer 30 jaar. Tien dagen vóór de bevalling heeft zij mij geroepen. Er was 1e schedelligging; fundus uteri in het midden van navel en hartkuil. Hoofd nog eenigszins bewegelijk op bekkeningang. Dit was den 20sten April. Den 29sten begon de bevalling. Eerst ging alles goed, maar toen zij ruim een dag bezig was, begonnen de krachten te begeven; er ontstond weeënzwakte. Het levend kind werd gezond per forcipem geboren. Kraambed normaal.

Hoewel ik bij vele pathologische gevallen aanwezig was, heb ik de vroedvrouwen meestal laten ageeren, en hebben zij zelf de ziekte-

geschiedenissen opgeschreven, zooals die door mij weergegeven zijn.

Zal Bervoets hen nog mogen beschuldigen van gemis aan eigen oordeel en inzicht?

Zullen Pauw en Gersen nog willen persisteeren in hunne beweringen dat men in Nederland schandelijk overdrijft en dat de toestand voor barenden in Indië niet zoo treurig is.

Wanneer wij de gevallen, vroeger reeds beschreven, vergelijken met die van half Mei '98 tot half Mei '99, dan zijn er tevoren in ruim twee jaar 20 pathologische bevallingen voorgekomen, waarvan 15 in het onderdistrict kotta Kedirie en 5 daarbuiten; van de 15 zijn 6 vrouwen gesuccombeerd en 9 blijven leven, van de 5 stierven 4 en 1 is behouden.

Dit jaar is hulp verleend *in* het rayon 16 maal, *daarbuiten* 14; en stierven van de eerste: 5, bleven leven 11; van de tweede: 8, behouden: 6.

Van October '95 tot Mei '98.				Van half Mei '98 tot id. '99.			
I. R.		B. R.		I. R.		B. R.	
Dood.	Levend.	Dood.	Levend.	Dood.	Levend.	Dood.	Levend.
6	9	4	1	5	11	8	6

Dus is in dit eene jaar bevoegde hulp meer ingeroepen dan in de ruim twee jaren daaraan voorafgaande.

Gerust mag aangenomen worden, dat de gevallen, die hier als ernstig opgegeven zijn en waarin nog met succes hulp is verleend, zonder goede assistentie letaal verloopen zouden zijn Dit getal is 16 op hoogstens 700 bevallingen, of 2.2°/₀. Men ziet, dat de cijfers, die ik vroeger opgegeven heb, niet — zooals velen denken — overdreven voorgesteld, maar nog beneden de werkelijkheid zijn. Niet, zooals ik vroeger opgaf, 9000 vrouwen, maar ruim 28000 vrouwen zouden in den partus sterven.

Daarbij is nog geene rekening gehouden met de kinderen, omdat de weinige hulp die ik had, niet voldoende was, om vertrouwbare controle uit te oefenen. Ik zal trachten, dit jaar ten dien opzichte goede gegevens te erlangen.

Wij beginnen nu met meerdere vroedvrouwen. Er zijn sinds begin van Mei in het geheel zeven aangesteld, en ieder heeft een gebied van twee, drie of vier dessa's, zóódanig, dat het zielental ± 4000 bedraagt; dan zal het aantal te verrichten bevallingen ongeveer 15 per maand zijn; dus zóódanig dat zij moeder en kind gedurende 8 dagen kunnen nabehandelen. Daarbij zullen zij — *als zij alles in handen hebben* — tusschen de *f* 25 en *f* 30 in de maand verdienen, zonder subsidie van het Gouvernement.

Bij de aanstelling der nieuwe vroedvrouwen was het een voor-

naam punt van overweging, of ze *f* 25 dan wel *f* 10 's maands subsidie zouden genieten. Ik heb er ten sterkste op aangedrongen om *f* 25 te geven. Tegen de grootere toelage staat wel is waar, dat de vrouw van die som zeer goed leven kan, en dat zij, inplaats van zich moeite te geven werk te erlangen, zich vergenoegen zal met haar tractement op de balè-balè te verteren, en zich niets zal aantrekken van den geheelen gang van zaken. Die redeneering zoude gewettigd zijn, als hun werk niet geregeld door de maandrapporten gecontroleerd kon worden. Nu dit het geval is, kan ik precies nagaan, wie werkt en wie luiert. En aan de laatsten kan immers elk oogenblik de toelage onthouden worden?

Daartegenover staat dat *f* 10 te weinig is. Er is haast geen huisbediende, die niet *f* 10 per maand verdient. Op bijverdienste mag de vroedvrouw het eerste jaar weinig rekenen. Eene vroedvrouw zal minstens eenige jaren noodig hebben om de bevolking grootendeels voor zich in te nemen, en haar arbeid ingang te doen vinden. Gedurende die jaren moet zij niet met een huisbediende gelijk gesteld worden, ja zelfs daarbeneden, want deze geniet nog vrije woning en dikwijls nog vrije kost. Met *f* 10 in de maand lijdt zij gewoon armoede, hetgeen niet goed op de toekomstige leerlingen zal influenceeren. Ze zullen al spoedig denken: „waartoe die drie jaren leeren, later hard werken om een leven te voeren beneden hen, die zich die moeite niet gegeven hebben". Want — men houde het mij ten goede — eene enkele mag zich uit liefde tot zijn naaste geheel aan zijne betrekking wijden, maar de groote massa aanvaardt die om er een goed bestaan in te vinden.

Om die overwegingen heb ik pertinent gevraagd om *f* 25 subsidie. Echter is dit geen vaste, levenslange toelage, integendeel, zij zal zooveel mogelijk 's jaars met *f* 5 verminderd worden. Dan heeft de Regeering in dien tijd de vroedvrouw in de gelegenheid gesteld zich in hare maatschappij in te werken.

Eene groote schrede voorwaarts is, het kunnen straffen der doekoens. Dit zal er toe leiden dat zij den strijd spoediger opgeven. In het afgeloopen jaar zijn nog te veel moeders en kinderen gestorven door slechte hulp, en doordien wij machteloos stonden tegenover het brutale optreden der doekoens, die liever moeder en kind lieten sterven dan hunne onbedrevenheid, hunne onwetendheid te erkennen. Dit behoort tot het verledene. Wèl zal met groote omzichtigheid gehandeld, wèl zal de doekoen herhaaldelijk gewaarschuwd worden, alvorens haar aan te klagen, maar den grooten factor hebben wij in handen.

Het is de eerste stap tot *langzame* maar *zekere* verwijdering der doekoens baji.

Hierdoor zal nu al voorkomen worden dat de doekoens ongestraft vrouwen en kinderen opofferen.

Zeker, beter zou het zijn om den doekoens geheel te verbieden haar métier uit te oefenen, dáár waar bevoegde hulp aanwezig is; omdat wij dan veel sneller tot ons doel zouden geraken.

Tot dien maatregel *zullen* wij ook wel komen, maar wanneer? En noodig is hij, ernstig noodig!

Er zijn er al twee die den strijd opgegeven hebben; bij mij gekomen zijn met de mededeeling, dat zij niet meer helpen willen; en het verzoek of ik hunne dochters — meisjes van 17 en 19 jaar — voor vroedvrouw wil opleiden, welk verzoek natuurlijk gretig is ingewilligd. Maar de wetten zijn immers ook niet gemaakt voor de goeden der aarde, maar juist voor de slechten. Juist de doekoen, die volhardt in haar gewetenloos handelen, die willens en wetens moeders en kinderen blijft vermoorden, die dient gestraft te worden.

Ook in het opleidingssysteem is verandering verzocht. Volgens de vroegere bepalingen kreeg ieder geneesheer *f* 25 's maands voor voeding en huisvesting en *f* 1000 voor iedere leerlinge, die met goed gevolg examen had afgelegd, terwijl het aantal hoogstens zes zou mogen zijn.

Thans is voorgesteld om het aantal op te voeren tot *twintig per jaar*, waarvoor voor iedere leerlinge het eerste jaar *f* 10, het tweede *f.* 15 en het derde jaar *f* 20 aan toelage voor huisvesting en voeding worden gegeven, en voor den geneesheer eene maximum toelage van *f* 5000 's jaars.

Waarom eigenlijk het aantal leerlingen niet geheel vrij gelaten? De meerdere onkosten zijn zeer gering en, hoe meer, hoe beter; hoe eerder wij tot ons doel komen.

De groote voordeelen dezer nieuwe regeling springen dadelijk in het oog. Worden slechts zes in de twee jaar opgeleid (zooals Bervoets dat voorstelde) dan zal, om alleen de Residentie Kedirie met 1.200.000 inwoners van bevoegde hulp te voorzien, honderd jaar noodig zijn. Dit is dan berekend naar het aantal inwoners (1 accoucheuse op de 4000), niet zooals Bervoets wil, dat ieder geëxamineerde naar hare dessa terugkeert, want dan zijn eeuwen noodig.

Volgens de nieuwe methode zouden er *twintig per jaar* afgeleverd kunnen worden, zoodat we in vijftien jaar met deze Residentie geheel klaar zijn.

Ook zijn de finantiëele voordeelen niet gering. Bij de oude methode werd gegeven voor de opleiding van 20 leerlingen met een opleidingstijd van drie jaar *f* 25 × 20 = *f* 500 per maand of in drie

jaar . . . . *f* 18000.
aan voeding en huisvesting en als premie voor iedere leerlinge *f* 1000 . . . . , ... „ 20000

Totaal *f* 38000.

Met het nieuwe plan kosten voeding en inwoning:

1e jaar	20 (leerlingen)	× *f* 10	× 12	(maanden)	=	*f* 2400.
2e „	20 „	× *f* 15	× 12	„	=	„ 3600.
3e „	20 „	× *f* 20	× 12	„	=	„ 4800.
						f 10800.
Subsidie van den geneesheer.						„ 5000.
					Totaal	*f* 15800.

De voorstellen zijn in Februari 1899 ingediend, dus mag gerechte hoop gekoesterd worden, dat de Regeering spoedig eenige decisie nemen zal en, mocht die gunstig luiden, dan zal wederom veel gewonnen zijn.

Van harte hoop ik, dat de Regeering eene spoedige en gunstige decisie neme, want ik voor mij heb de vaste en innige overtuiging, dat, met krachtige medewerking der Regeering, zonder van haar groote geldelijke offers te eischen, het mogelijk zal zijn de verloskunde in Indië te ontnemen aan onwetende, onheilstichtende menschen, en haar te geven aan bevoegde handen, waardoor duizende menschenlevens, die thans op de meeste gruwelijke wijze omgebracht worden, behouden zullen blijven.

Ik voor mij heb de vaste overtuiging, dat de tijd niet ver meer van ons is, dat alle medici, die zich niet meer op het glibberige pad der oppervlakkigheid bewegen, maar zich de moeite getroosten in het wezen der zaak door te dringen; die met eigen oogen het vreeselijk lijden, het onnoodig doodmartelen van zooveel onschuldige vrouwen willen aanschouwen; dat zij, inplaats van zooals thans, nog tegen te werken, geheel zullen omkeeren en met hart en ziel medewerken tot het groote doel dat wij voor oogen hebben.

Kedirie, September 1899.

BARING BIJ BEKKENVERNAUWING.

(Waarnemingen uit de Groningsche Universiteitskliniek).

DOOR

Prof. G. C. NIJHOFF.

Op een reeks van 100 baringen, in de verloskundige kliniek der Groningsche Universiteit geobserveerd, werd 33 maal vernauwing van het bekken aangeteekend. Vergelijkt men deze enorme frequentie = 33°/₀ met die van de meeste Duitsche klinieken (5°/₀ Rostock, Dresden, — 18°/₀ Marburg: gemiddeld 14°/₀) en die der Amsterdamsche Vrouwenkliniek, 1896/1897 = 12—14°/₀), dan treft het groote verschil, dat evenwel gemakkelijk verklaard wordt uit het feit, dat een aanzienlijk deel der patiënten òf wegens gevreesde bezwaren bij de baring, òf wegens den minder gunstigen afloop van vorige baringen naar de kliniek worden gezonden om daar haar bevalling af te wachten, òf tijdens de baring, wegens belangrijke stoornissen naar het ziekenhuis worden getransporteerd.

Van de 13 primigravidae waren vier opvallend klein (123—135 cM. lang) en misvormd. Twee andere werden barende ingebracht, nadat pogingen om haar te verlossen, waren mislukt. Van de 20 multigravidae waren op twee na alle, òf bij alle, òf bij een gedeelte der vroegere baringen kunstmatig van doode kinderen verlost.

Zooals uit bijgaande tabel blijkt heb ik — zoo goed mogelijk — de bekkens geklassificeerd en gegroepeerd, nadat ze, voor 't grootste gedeelte, zeer nauwkeurig en herhaaldelijk waren gemeten en gecontroleerd, zoodat de bekkenmaten evenveel — of evenweinig — vertrouwen verdienen als andere metingen aan 't menschelijk lichaam, bij welke de eindpunten niet met mathematische zekerheid kunnen worden vastgesteld.

Bij twee der bekkens (de twee onderste n°. 26 en 93 van het register) was de klassificatie vrij gemakkelijk. De laatste patiënte is een dwergin, afkomstig uit een dwergenfamilie, en wel een z.g. chondrodystrophische dwergin met zeer korte onderste en bovenste extremiteiten, de voorlaatste was een rachitische dwergin met enorme verkromming der ledematen. N°. 25 en n°. 74 waren twee kleine misvormde personen, beide met een belangrijke kyphoskoliose, maar terwijl bij de eene een aanzienlijke verkorting der conjugata

vera kon worden geconstateerd en de dwarsche afmeting waarschijnlijk in mindere mate verkort was, kon bij de andere niet dan met eenige moeite het promontorium worden bereikt en moest uit den nauwen schaambeensboog en den vrij geringen afstand der tubera ischii (10 cM.) worden geconcludeerd, dat het bekken in lichten graad en waarschijnlijk gelijkmatig vernauwd was.

Eenige meerdere moeite gaf het in sommige gevallen om uit te maken of het bekken rachitisch was. Soms gaf de anamnese licht en kon de patiënte of hare geleiders met groote nauwkeurigheid mededeelen, dat het loopen eerst laat was begonnen, omdat patiënte „de engelsche ziekte" had gehad, in andere ontbrak deze inlichting of was zij onbetrouwbaar: werd al of niet van engelsche ziekte gesproken maar was dit niet in overeenstemming met hetgeen aan de patiënte zelve te zien was. Soms werd in de anamnese niets ten aanzien van rachitis vermeld, maar waren aan het hoofd, de borstkas, de polsen en de onderste ledematen duidelijk rachitische stigmata aanwezig, of bespeurde men bij het bekkenonderzoek een duidelijke convexiteit van het sacrum, een sterke lordose, een relatief te wijde schaambeensboog. In andere gevallen hoorde men van rachitis, maar bleef het zoeken naar rachitische stigmata vergeefs. Onder deze omstandigheden is de klassificatie van een bekken als al of niet rachitisch steeds afhankelijk van subjectieve opvatting en behoeft het niet te verwonderen, dat ten aanzien van menige „twijfelaar", het oordeel van den één anders luiden zal, dan dat van den ander: wanneer men in aanmerking neemt, dat het niet altijd gemakkelijk is aan geskeletteerde bekkens het rachitische karakter vast te stellen, is dit à plus forte raison moeilijk bij de levende vrouw. Verschil in subjectieve opvatting moet uit den aard der zaak aanleiding geven tot verschil in klassificatie. Zóó wordt wel op de eenvoudigste wijze verklaard het anders bijzonder opvallende feit, dat gedurende het jaar 1896 in de Amsterdamsche kliniek van 63 vernauwde bekkens niet minder dan 30 als rachitisch geboekt zijn, terwijl in 1897 van de 67 slechts 15 als rachitisch werden aangemerkt. Bij de bekkens in Groningen waargenomen, is er zooveel mogelijk naar gestreefd, alleen als rachitisch te boeken die, waarbij hetzij aan het bekken zelf, hetzij daarbuiten duidelijke rachitische stigmata waren waar te nemen, zoodat sommige als niet rachitisch zijn geboekt, niettegenstaande werd medegedeeld, dat de patiënt eerst laat leerde loopen. Ik wijs hierop omdat dit mij recht geeft te wijzen op de buitengewoon groote frequentie niet alleen der nauwe bekkens in 't algemeen, maar speciaal der rachitische bekkens, grootendeels onder de allerarmste plattelandsbevolking der heidestreken van Friesland en Drente.

Alzoo werden van de 29 overige bekkens 20 als rachitische bekkens genoteerd, waarvan 15 als eenvoudig plat, 5 als algemeen vernauwd plat. Het laatste geschiedde alleen, wanneer bij het inwendig bekkenonderzoek de linea terminalis opvallend ver kon worden vervolgd, in een paar gevallen ook de geringe bekkenomtrek, relatief te kleine dwarsmaten van het groote bekken hadden doen vermoeden, dat niet alleen de rechte afmeting, maar ook de dwarsche zou zijn verkort.

In drie gevallen werd een algemeen, d. i. gelijkmatig vernauwd bekken gediagnosticeerd. Of in deze drie gevallen de vernauwing volkomen gelijkmatig is geweest, moet ik in 't midden laten. In twee gevallen was de rechte afmeting weinig verkort, maar waren de uitwendige bekkenmaten, resp. de bekkenomtrek zeer klein, werd een nauwe schaambeensboog opgemerkt; in het derde geval, bij een I-gravida, die barende ingebracht werd, kon het mechanisme der baring — een zeer diepe stand van de kleine fontanel — in verband met den weerstand, dien het kleine kind, ook bij de forcipale extractie ondervond, moeilijk anders dan uit een algemeene vernauwing van 't bekken worden verklaard.

Ik heb gemeend de bekkens in drie groepen te mogen verdeelen, naar den graad hunner vernauwing. De verdeeling van Schroeder (cf. Olshausen—Veit) 1° Conj. vera 〉9 cM., 2° C. v. 〈 9 〉6.7 cM. 3° C. v. 〈 6.5 scheen mij nooit bijzonder „zweckmässig". Practischer zou het zijn om de bekkens, welker C. v. bij het platte boven 9.5, bij het algemeen vernauwde boven 10 cM. getaxeerd mag worden, *niet* als vernauwde bekkens te beschouwen, en daarna 3 groepen aan te nemen.

1° plat bekken, C. v. 〈 9.5 —〉 8.5 alg. vern. B. C. v. 10 —〉9.
2° plat bekken, C. v. 8.5 —〉 7 alg. vern. B. C. v. 9 —〉8.
3° alg. vern. plat bekken C. v. 〈 7 cM.

Volgens deze groepeering zouden dan 11 bekkens in den eersten graad, 21 in den tweeden en 1 in den derden graad vernauwd zijn geweest.

Volgens de verdeeling van Schroeder zouden 4 bekkens in den eersten graad en 1 in den derden graad vernauwd zijn geweest.

Volgens v. Winckels verdeeling: 1° C. v. 〉9.5; 2° C. v. 9.5 —8. 3° C. v. 8 —〉5 5. 4° 5.5 —2 zouden 23 bekkens tot de tweede, 9 bekkens tot de derde groep, 1 tot de vierde, moeten zijn gerekend.

De reden, waarom ik bij het platte bekken 8.5 cM. bij het algemeen vernauwde 9 cM. als grens eener groep meen te mogen aannemen is, dat het normaal gebouwde kinderhoofd in dwarschen, d. w. z. gunstigen stand, bij matigen graad van Naegelesche obliquiteit d. w. z. dieper ingedaald zijn van een der wandbeende-

TABEL I.

Register-nummer.	Bekkenmaten. Lengte.	Omtr.	D. sp.	D. cr.	D. tr.	D. B.	C. d.	C. v.	Aard van het Bekken.	Para.	Ligging der vrucht.
73	norm.?	?	22.5	25.5	30.5	19	11.25	9.5	plat niet rachitisch	I	Dwarsl.
22	158	100	28	31.5	33	20	10.75	9	„ „ „	I	A. a. l.
37	150	102	27	28	32.5	19	10.5	$8^{3}/_{4}$—9	„ „ „	VI	Dwarsl.
88	klein	?	23	26.5	30	19	?	?	algem. vern. niet rach.	I	A. a. l.
30	145	79	22.5	24.5	29	17.5	11.5	$9^{3}/_{4}$	„ „ „ „	I	A. a. r.
42	klein	?	21.5	24.5	28.5	18	11.5	$9^{3}/_{4}$	„ „ „ „	VIII	A. a. r.
95a	148	87	$25^{3}/_{4}$	$27^{3}/_{4}$	29.5	18.5	$10^{3}/_{4}$	〉9	plat rachitisch.	II	A. a. l.
69	148	94	24.5	26.5	30.5	18.5	10.5	9	„ „	I	A. a. l.
7	147	89	25	26.5	30	18.5	10.5	〈 9	„ „	IV	A. a. l.
32	?	?	25	26.5	32	17.5	10.5	$8^{3}/_{4}$	„ „	X	A. a. r.
74	129	77	26.5	27.5	27.5	18	11.5	$9^{3}/_{4}$	Kyphoskoliosis dorsalis (licht trechtervormig.)	I	A. a. l.
92	154	87	25.5	28	32	19.5	10	8.5	plat niet rachitisch.	III	A. a. r.
60	152	92	24.5	27	32	$18^{3}/_{4}$	9.5	8—8.5	„ „ „	I	A. a. l.
9	150	90	24.5	27.5	31	18	10	8.5	plat rachitisch.	IV	A. a. l.
17	150	?	27.5	29.5	30.5	18.5	10	8.5	„ „	VIII	Dwarsl. knie.
36	klein	?	28	26	?	17.5	?	8.5?	„ „	I	A.
59	149	91	$25^{3}/_{4}$	$28^{3}/_{4}$	31.5	18	10	8.5	„ „	V	Stuitligging.
69b	150	90	$24^{3}/_{4}$	27	30	18	10	8.5	„ „	IX	A. a. r.
71	153	87	25	27.5	29	$18^{3}/_{4}$	10	8.5	„ „	V	Stuitligging.
83	154	93	$27^{3}/_{4}$	29.5	?	18	$9^{3}/_{4}$	8—8.5	„ „	III	Voetligging.
81	157	86	25	27.5	31.5	$17^{3}/_{4}$	〉9	〈 8	„ „	II	A. a. l.
54	klein	?	25	$28^{3}/_{4}$	31.5	17.5	$9^{1}/_{4}$	〈 8	„ „ ?	I	A. a. r.
35	138	91	25.5	25.5	33	17.5	9	7.5—8	„ „	II	A. a. l.
94	149	81	25	27	29 5	$18^{1}/_{4}$	$9^{3}/_{4}$	$8^{1}/_{4}$	alg. vern. plat niet rach?	I	A. a. r. a.
31	149	85	23.5	25.5	29.5	17.5	〈 10.25	8.5	„ „ plat rach.	II	A. a. l.
68	149	85	26.5	28	30.5	18.5	10	8.5	„ „ „ „	II	A. a. r.
69a	150	83	24	26	29	18	9.5	8	„ „ „ „	VIII	Dwarsl.
84	137	94	$26^{3}/_{4}$	26	32.5	18	$9^{3}/_{4}$	8	„ „ „ „	IV	A.
72	148	83	25.5	26.5	29.5	17	9	〈 8	„ „ „ „	V	A. a. r.
90	145	87	28	$29^{1}/_{4}$	32	$18^{3}/_{4}$	$8^{3}/_{4}$	$7^{1}/_{4}$—7.5		II	A. a. r.
25	135	76	24	25.5	28.5	17	$9^{3}/_{4}$	8	Kyphoskoliosis dorsalis algemeen vernauwd bekken.	I	A. a. r.
26	130	97.5	25	26	31	17	$8^{3}/_{4}$	7 ?	rachitische dwerg.	I	A.
[illegible]	123	92	22	23	30.5	17	7	5.5	chondrodystrophische dwerg.	I	Stuitligging.

erloop der baring (kunsthulp)	Vrucht. Toestand.	Geslacht	Lengte	Gewicht.	Aanmerkingen.
olutio spontanea).	gemac.	m.	20	?	Partus immaturus.
	l.	m.	53	3535	snelle, gemakkelijke baring.
sie en extractie.	l.	vr.	47.5	3010	gemakkelijke extractie, niet asphyctisch kind.
cipale extractie.	l.	m.	48.5	2800	barende ingebracht 2 d. in partu, kleine fontanel diep.
	l.	m.	48	2700	snelle partus, bij komst v. d. assistent op de verloskamer hoofd reeds geboren.
foratie levend kind.	†	vr.	52	3770 (zonder hersenen.)	barende ingebracht na mislukte forcipale extractie: vaginaalruptuur, cervixrekking.
	l.	m.	53	3870	gemakkelijke partus.
	l.	m.	51	3250	id. id.
sie en extractie.	l. †	m.	51	4050	moeilijke extractie nakomend hoofd. Kind na 2 d. † subdurale bloeding in hersenen en ruggemerg.
foratie doode vrucht.	†	m.	54	3210 (z. h.	barende ingebracht na vergeefsche pogingen tot forcipale extractie, kind afgestorven.
	l.	m.	50	3270	spildraai *zeer laat*.
	l. †	vr.	49.5	3410	† na 3 dagen, anurie, hartgebrek. Gemakkelijke partus 10 min. na br. vl. Kind niet asphyctisch
cipale extractie.	l.	vr.	49	2760	6 dagen in partu, hoofd met segment ingedaald, *hooge tang* (Breus).
sie en extractie.	l.	vr.	49	2960	Gemakkelijke extractie, klein rond hoofd.
sie en extractie na tus provocatus.	l	m.	50	3300	Gemakkelijke extractie, kind niet asphyctisch.
foratie doode vrucht.	†	vr.	?	2840 (z. h.)	barende ingebracht na mislukte pogingen, dood kind, rottend, temp 39.9. Perforatie
tractie aan den afgealden voet na partus ovocatus.	l.	vr.	52	3355	
cipale extractie.	l.	vr.	52	3450	hoofd met kein segment ingedaald, *hooge tang*.
	l.	m.	51	3580	geringe „Manualhilfe" bij nak. hoofd.
tractie. partus provocatus.	l.	m.	50	3040	prol. funiculi, twee voeten voor, sterk verschoven ingedrukte schedel, asphyct.
pressie, forcipale extractie na partus proocatus.	l.	vr.	49	2450	in narcose „Hängelage, hoofd ingeperst gemakkelijke forcipale extractie.
rforatie, doode vrucht.	†	m.	50	2700 (z. h)	in partu ingebracht na mislukte pogingen dood kind, perforatie.
rsie en extractie na artus provocatus.	† asph.	m.	51	2650	moeilijke ontwikkeling van armen en nakomend hoofd. Kind asphyct., niet bijgebracht.
rcipale extractie.	l.	m.	53.5	3340	ischurie, katheter passeert niet, hoofd ingedaald, forcipale extractie, verschoven hoofd.
rsie en extractie.	l.	vr.	56	4650	eenige moeite met het nakomende hoofd.
	l.	vr.	52	3780	sterk gemouleerde schedel.
rsie en extractie.	l.	m.	51.5	3640	moeilijke extractie, fractura humeri et claviculae, asphyxie, bijgebracht.
rsie en extractie (propsus funiculi).	†	m.	53	3700	moeilijke extractie v. h. nakomende hoofd onder geringe assistentie.
artus provocatus).	l.	m.	48.5	2750	sterk gerekt, gemouleerd hoofd.
pressie forcipale exctie na partus provous.	. †	vr.	50	3000	† na 8 dagen aan pneumonie.
rcipale extractie na artus provocatus.	l.	m.	48	2710	imbecille kleine vrouw met schedelasymmetrie, alg. te klein bekken, p. provocatus, secundaire atonie, hoofd voor den uitgang.
ctio caesarea.	l. †	vr.	50	3190	asphyctisch kind † na 9 uur, moeder na 10 d. † streptokokken peritonitis.
ctio caesarea	l.	vr.	47.5	3170	absolute indicatie.

ren, door de conjugata vera gaat met een schedelafmeting, die ten naastebij 8.5 cM. bedraagt. Dit beteekent: 1° dat bij platte bekkens met eene conjugata vera van ⟩ 8.5 cM. een welgevormde schedel in gunstigen stand het bekken passeeren kan, zonder dat hij belangrijk behoeft te worden samengedrukt; 2° dat bij een minder gunstigen stand de verschuifbaarheid, „de inschikkelijkheid" der schedelbeenderen in den regel groot genoeg zal zijn om den weerstand te overwinnen; 3° dat bij het verleenen van kunsthulp in den regel de normaal ontwikkelde vrucht, zonder belangrijke beleediging door het bekken kan worden gehaald.

De berekening der conjugata vera geschiedt hoofdzakelijk uit de conjugata diagonalis. Is deze niet veel grooter dan 10 cM. dan kan zij wel bijna steeds alleen met den wijsvinger worden bepaald en op den wijsvinger worden gemeten. Dit geschiedde steeds wanneer het promontorium met den wijsvinger kon worden bereikt. Waar dit niet mogelijk was, werd de top van den middenvinger tegen het promontorium aangelegd, en op de gebruikelijke wijze met de diktepasser, gecontroleerd door het bandmaatje de conjugata diagonalis bepaald. Zooals uit de tabel blijkt, heb ik in de meeste gevallen niet meer dan 1.5 cM. afgetrokken, en alleen dan meer meenen te moeten abstraheeren, wanneer het promontorium zeer hoog scheen te staan of de hoogte der symphysis pubis meer dan

TABEL II.

Primiparae. (Bekkens geklassificeerd naar de lengte der Conjugata diagonalis).

Groep I.

73	plat	11.25	Sch.	Evolutio spontanea.	gemac.	m.	20	?
30	alg. vern.	11.5	a. a. r.	natuurlijk	l.	m.	48	2700
69	plat rach.	10.5	a. a. l.	natuurlijk	l.	m.	51	3250
74	Kyphoskoliosis dorsalis.	11.5	a. a. l.	natuurlijk	l.	m.	50	3270
22	plat.	10.75	a. a. l.	natuurlijk	l.	m.	53	3535
88	alg. vern.	?	a. a. l.	Forcipale extractie.	l.	m.	48.5	2800

6 moeders 1 gem. 5 levend.

Groep II.

36	plat rach.	⟨ 10	a. a. l.	Perforatie doode vrucht.	†	vr.	?	2840 (z. h.)
94	a. v. pl. rach.	$9^3/_4$	a. a. r.	Forcipale extractie.	l.	m.	53.5	3340
25	Kyphosk. dors. alg. vern.	$9^3/_4$	a. a r.	„ „ (na partus provocatus).	l.	m.	43	2710
60	plat niet rach.	9.5	a. a. l.	„ „	l.	vr.	49	2760
54	plat rach.	$9^1/_4$	a a. l.	Perforatie doode vrucht.	†	m.	50	2700 (z. h.)
26	alg vern. plat rach. dwergb.	$8^3/_4$	a. l.	Sectio caesarea.	l †	m.	50	3910

6 moeders 3 † 3 levend.

5 cM. bedroeg. Als conjugata diagonalis beschouwde ik steeds den afstand van den indruk, dien de onderrand der symphysis, resp. het ligamentum arcuatum op de zijvlakte van den wijsvinger maakte tot den top van den wijs (resp. midden) vinger.

Dat men op deze wijze met mathematische nauwkeurigheid de conjugata vera bepaalt, gelooft wel niemand. Men krijgt een conventioneele conjugata vera, en de vraag rijst of het voor de practijk niet verstandiger is zich van bespiegelingen omtrent de grootte der conjugata vera te onthouden, de gemakkelijk meetbare conjugata diagonalis als basis voor de taxatie der bekkenvernauwing aan te nemen en overigens rekening te houden met den loop der linea terminalis. Wanneer ik volgens de grootte der diagonalis mijne bekkens groepeer en als grens tusschen de eerste en tweede groep dezer bekkens aanneem eene conjugata diagonalis van 10 cM., als grens tusschen de tweede en derde groep eene van 8 cM., dan moeten uit de tweede naar de eerste groep 8 bekkens worden overgebracht. Vergelijkt men nu den gang en den afloop der baringen bij de primiparae, (Tabel II) den gang en afloop ook der vroegere baringen bij multiparae, (Tabel III) dan blijkt, dat de meer of mindere moeilijkheden bij de baring door het bekken veroorzaakt, veel meer direct afhankelijk zijn van de gemeten conjugata diagonalis dan van de berekende conjugata vera.

Voor de kliniek beschouw ik echter het meten der 6 en zoo noodig meerdere bekkenmaten en het berekenen der conjugata vera als een zeer te waardeeren hulpmiddel om steeds nauwkeurig acht te slaan op de omstandigheden, die den vorm en de grootte van het bekken bepalen.

De directe resultaten der meting van de verschillende bekkenmaten, met uitzondering van de bepaling der conjugata diagonalis, waren niet zeer beslissend. Viermaal werd bij sterk vernauwde bekkens (n[s] 60, 35, 26 en 93) in 't laatste waarvan zelfs een absolute indicatie voor S. C. bestond, een omtrek van meer dan 90 cM. genoteerd, tweemaal een bekkenomtrek van minder dan 80 cM. gevonden bij weinig vernauwde bekkens (n[s] 30 en 74), terwijl bij bekkens, in alle andere opzichten tot dezelfde groep behoorende, zeer afwisselende getallen voor den bekkenomtrek moesten worden genoteerd.

Hetzelfde geldt voor de dwarsche afmetingen van het groote bekken. Een verkleining van beide afmetingen (D. sp. en D. cr.) werd bij de algemeen vernauwde bekkens niet gemist, maar bij de algemeen vernauwd platte rachitische bekkens alles behalve constant gevonden. Dat bij de uiterst tenger gebouwde kyphoskoliotica (n°. 74) met weinig vernauwd bekken beide maten te klein waren, behoeft geen verwondering te wekken.

TAB[E]

Multiparae. (Bekkens geklassificeerd na[ar]

Groep I.		Bekken.	C. d.	Kinderen		Ligging.		Kind.			
42	VIII	alg. vern. n. rach.	11.5	6 l.	1 †	A. a. r.	*Perforatie lev. k.*	†	vr.	52	37[illegible] (z. h[illegible]
95*a*	II	plat rach.	10.75		1 †	A. a. l.	natuurlijk	l.	m.	53	[illegible]
7	IV	„ „	10.5	2 l.	1 †	A. a. l.	*Versie. Extractie.*	l.	m.	51	[illegible]
32	X	„ „	10.5	6 l.	3 †	A. a. r.	*Perforatie dood k.*	† †	m.	54	31[illegible] (z. h[illegible]
37	VI	plat.	10.5	5 l.		Sch.	*Versie en Extractie.*	l.	vr.	47.5	301[illegible]
31	II	plat rach.	10.25		1 †	A. a. l.	*Versie en Extractie.*	l.	vr.	56	[illegible]
92	III	plat.	10	2 l.		A. a. r.	natuurlijk.	l. † 3 d.	vr.	49.5	341[illegible]
9	IV	plat rach.	10		3 †	A. a. l.	*Versie en Extractie.*	l.	vr.	49	[illegible]
17	VIII	„ „	10	3 l.	4 †	Knie.	*Versie en Extractie na partus provoc.*	l.	m.	50	330[illegible]
59	V	„ „	10		4 †	St.	*Extractie a/d voet.*	l.	vr.	52	[illegible]
69*b*	IX	„ „	10	6 l. (2 ab.)		A. a. r.	*Forcipale extractie.*	l.	vr.	52	34[illegible]
71	V	„ „	10	2 l.	2 †	St.	natuurlijk.	l.	m.	51	35[illegible]
68	II	alg. vern. pl. rach.	10		1 †	A. a. r.	natuurlijk.	l.	vr.	52	37[illegible]
		13 moeders: vorige		32 l.	21 †		nu	9 l.	4 †		

Hiervan 1 dood na perforatie der levende vrucht wegens cervixrekking, barende ingebracht.
1 dood na mislukte pogingen tot extractie ingebracht.
1 dood na 3 dagen anurie, hartgebrek.

Slechts driemaal kon ik noteeren, dat de afstand der spinae grooter was dan die der cristae ilei, telkens bij duidelijk rachitische bekkens, terwijl slechts achtmaal het verschil tusschen beide transversale afmetingen minder dan 2 centimeter bedroeg, in de meeste gevallen daarentegen werd, ook bij sterke veranderingen van het bekken (17, 59, 81, 54), een tamelijk normale grootte en normale verhouding (cr. — sp. = 2.5 à 3) gevonden. Men zal dus wel doen, uit een normale verhouding tusschen beide maten niet lichtvaardig tot een normalen vorm van het bekken te concludeeren.

Evenmin betrouwbaar schijnt het resultaat der meting van de conjugata externa, de Diameter van Baudelocque. Waar zij grooter dan 19 cM. was, was wel is waar nooit een belangrijke graad van bekkenvernauwing aanwezig, maar toch kwam bij een D. B. = 18.75 een conjugata diagonalis van $8^3/_4$ bij een D. B. = 17.5 meermalen een C. d. = 10—11 cM. voor, zoodat de beteekenis dezer afmeting, ook volgens de resultaten onzer bekkenmetingen zóó moet worden opgevat, dat eene belangrijke verkorting een vernauwing der rechte afmeting doet vermoeden, een geringe haar geenszins uitsluit. Indien men, rekening houdende met den

lengte der Conjugata diagonalis.)

roep II.	Bekken.	C. d.	Kinderen		Ligg.		Kind.			
III	plat rach.	$9^3/_4$		2 †	Voet.	*Extractie na partus provocatus.*	l.	m.	50	3040
IV	alg. vern. pl. rach.	$9^1/_4$	1 l.	2 †	A. a. r.	*Versie en Extractie (prolaps-funiculi).*	† asph.	m.	53	3700
VIII	" " "	9.5		9 †	Sch.	*Versie en Extractie.*	l.	m.	51.5	3640
II	plat rach.	⟩ 9		1 †	A. a. l.	*Impressie, forceps na partus provocatus.*	l.	vr.	49	2450
II	" "	9		1 †	A. a. l.	*Versie en Extractie. na partus provocatus.*	† asph.	m.	51	2650
V	alg. vern. pl. rach.	9	3 l.	1 †	A. a. r.	natuurlijk *na partus provocatus.*	l.	m.	48.5	2750
II	" " "	$8^3/_4$		1 †	A. a. r.	*Impressie, forceps na partus provocatus.*	l. † na 8 dagen.	vr.	50	3000
	7 moed.: vorige		4 l.	17		nu	4 l.	3 †		

Hiervan 1 dood na 8 dagen aan pneumonie, levend, niet asphyctisch (forcipaal) geboren.

algemeenen bouw van het skelet, bij grove beenderen ruim 10, b graciele beenderen 8—9 centimeter van de D. B. aftrok, werd nog dikwijls genoeg een belangrijk verschil met de uit de C. d. berekende vera gevonden, dat natuurlijk steeds ten voordeele van de laatste berekening beslist werd.

Metingen met den toestel van Skutsch, resp. van Zweifel waren voor de patiënten meestal zoo onaangenaam, dat zij wegens de onrust der vrouwen tot geen betrouwbare resultaten konden leiden. Vandaar dat zij slechts een paar maal werden verricht (n⁰ 25, 26) en daar leidden tot resultaten, die onmogelijk juist konden zijn.

Een der patiënten, bij wie sectio caesarea was verricht, overleed in de kliniek, haar bekken, door den heer van Wering met zorg geprepareerd, is hierachter afgebeeld en beschreven, en in de bekkenverzameling opgenomen.

Baring.

Van de 33 patiënten bevielen 13 voor de eerste maal.

Bij één dezer (n⁰ 73) werd de dwarsgelegen, gemacereerde vrucht, ontijdig, door evolutio spontanea uitgedreven.

Vier (n^s 22, 30, 69, 74) bevielen natuurlijk van levende, voldragen kinderen in schedelligging. Bij twee dezer werd afwijking van het normale baringsmechanisme genoteerd.

Bij één (n⁰ 25) werd de baring vóór het natuurlijk einde opgewekt. Het kind werd, wegens secundaire atonie forcipaal geëxtraheerd en leefde.

Bij drie (n^s 88, 94, 60) begon de baring spontaan, doch moest zij door forcipale extractie worden getermineerd, bij 88 stond het hoofd voor den uitpang, bij 94 in de holte, bij 60 in den ingang. Alle drie kinderen leefden.

Twee patiënten, barende ingebracht moesten door perforatie van het reeds afgestorven kind worden verlost.

Bij twee werd Sectio caesarea verricht. Bij de eerste patiënt stierf het asphyctisch geboren kind ongeveer 2 uur na de geboorte, terwijl de moeder zelf den 11^e dag p. p. aan streptokokken-peritonitis overleed. De andere patiënt genas zonder stoornis, terwijl het kind leefde en in leven bleef.

Van de 20 multiparae bevielen 6 voor de tweede maal. *Alle waren de eerste maal van een dood kind verlost*. een na keering, drie met de tang, twee na perforatie. Drie hunner (n^s 68, 95*a*, 31) bevielen aan 't natuurlijk einde der zwangerschap. Bij twee n⁰ 68 en 95*a* liep de baring zonder kunsthulp af met de geboorte van een levend kind. Bij één (n⁰ 31) werd na versie een levend kind geëxtraheerd. Bij drie werd de baring kunstmatig ingeleid: twee hunner (n^s 81 en 90) werden na impressie van 't hoofd in 't bekken met de tang verlost, dat van n⁰ 90 overleed echter den 8^en dag aan pneumonie. De derde patiënt bij wie de baring was opgewekt, werd met veel moeite door versie en extractie verlost van een kind, dat asphyctisch geboren werd, nog even leefde, maar niet kon worden bijgebracht.

Tien der overige meerbarenden bevielen aan het natuurlijke einde der zwangerschap. Een (n⁰. 92) beviel zonder kunsthulp van een levend kind in schedelligging. Bij een tweede (n⁰. 91) geschiedde de uitdrijving in stuitligging door de natuur, op het nakomend hoofd na, dat zonder groote moeite kon worden geëxtraheerd, zoodat het kind direct na de geboorte schreeuwde. Eenmaal (n⁰. 69*b*) werd de tang aangelegd op het in den bekkeningang staande hoofd en het kind levend uitgehaald. Vijfmaal werd keering en extractie gedaan. Tweemaal bij bestaande dwarsligging (n^s. 37 en 69*a*) beide kinderen leefden; eenmaal wegens prolapsus funiculi bij schedelligging (n⁰. 84) het kind werd asphyctisch geboren en stierf; tweemaal prophylactisch bij op den bekkeningang staanden schedel (n⁰. 7 en 9) een dezer kinderen stierf 2 dagen na de geboorte onder meningitische

verschijnselen; bij de sectie werden uitgebreide subdurale haemorrhagieën geconstateerd als gevolg van de laesies, die de schedel bij de baring had ondergaan. Tweemaal moest de schedel worden geperforeerd: beide vrouwen werden barende ingebracht, bij de eerste (n°. 32) was na herhaalde pogingen tot forcipale extractie wegens cervixrekking het beëindigen der verlossing dringend noodzakelijk en werd de perforatie van het levende kind verkozen boven een sectio caesarea, waardoor het kind misschien was gered, maar de moeder aan groote gevaren blootgesteld.

Viermaal werd bij deze tweede groep der meerbarenden de baring ingeleid. In alle vier gevallen werd een levend kind verkregen. Eens (n°. 72) verliep de kunstmatig opgewekte baring natuurlijk, tweemaal (59 en 83) werd de in stuit- resp. voetligging zich presenteerende vrucht geëxtraheerd. In het vierde geval (n°. 17) werd wegens dwarsligging gekeerd en geëxtraheerd.

Tabel IV geeft een overzicht van de liggingen der vrucht, den loop der baring en den aard der verleende kunsthulp.

TABEL IV.

					Partus provocatus.				Partus spontaneus.					
	Totaal.	Schedel.	Stuitl.	Dwarsl.	Nat.	Extr.	Versie.	Forceps.	Nat.	Ext.	Versie.	Forceps.	Perforatie.	S. C.
Eerstbarenden.														
Totaal.	13													
Schedelligging		11						1	4			3	2[1]	1[2]
Stuitligging			1											1
Dwarsligging.				1					1[3]					
Meerbarenden.														
Totaal	20													
Schedelligging		14			1		1[4]	2[5]	3[6]		4[7]	1	2[8]	
Stuit (voet)ligging			3			2			1					
Dwars (knie)ligging				3			1				2			
	33	25	4	4	1	2	2	3	9		6	4	4	2

[1]) perforatie der afgestorven vrucht.
[2]) kind † na 9 uur, moeder † na 11 d. (streptokokkenperitonitis).
[3]) evolutio spontanea, gemacereerde vrucht 20 c.M. lang.
[4]) asphyctisch †.
[5]) één kind stierf na 8 dagen (pneumonie.)
[6]) één kind stierf na 3 dagen (anurie, hartgebrek).
[7]) hiervan één kind asph. †, een na 2 dagen †.
[8]) eenmaal perforatie van het levende kind.

Bij 13 eerstbarenden lag de vrucht eenmaal dwars (partus immaturus), éénmaal in stuitligging, elfmaal in schedelligging.

Bij 20 meerbarenden lag de vrucht 3-maal dwars, 3-maal in stuit- resp voetligging, 14-maal in schedelligging.

In de 7 gevallen, waar de geboorte werd ingeleid lag 5-maal het hoofd, eenmaal een knie en eenmaal een voet voor.

Van de 33 vrouwen stierf ééne na sectio caesarea.

Van de 33 kinderen was één voor de baring afgestorven en gemacereerd.

Twee-en-twintig kinderen konden levend met de moeder worden ontslagen.

Tien waren tijdens of na de geboorte gestorven. Vier hiervan (n°. 73, 32, 36 en 54) vóór de komst der vrouw in de kliniek. Drie doode kinderen werden geperforeerd. Twee kinderen (n°. 35 en 84) werden — na versie en extractie — asphyctisch geboren en konden niet worden bijgebracht. Een (n°. 42) werd levend geperforeerd. Het kind, dat na de eerste sectio caesarea (n°. 26) geboren werd, was asphyctisch en leefde ongeveer 9 uur. Drie kinderen werden levend geboren, doch stierven in de kliniek. Het eerste (n°. 7) aan hersenbloeding door schedellaesie bij den partus (versie en extractie), het tweede (n°. 92) stierf 3 dagen na een gemakkelijke en natuurlijke geboorte (anurie en hartsgebrek), het derde stierf na 8 dagen aan een pneumonie.

Tabel V geeft een overzicht der doodgeboren of kort na de geboorte gestorven kinderen.

TABEL V. Doodgeboren of kort na de geboorte gestorven kinderen.

N°.	Pa.	Bekken.	C. v.	Ligging	Baring.	Vrucht. Sexe	lengte	gew.	Toestand.	
73	I	plat.	9.5	Dw.	Evolutio spontanea.	m.	20	—	gemac.	Partus inmaturus.
92	III	"	8 5	S.	Spontaan.	vr.	49.5	3110	† na 3 d.	anurie, hartgebrek.
42	VIII	alg. v.	> 9	S.	Perforatie levend kind	vr.	52	3770 z h	†	barende ingebracht na pogingen [illegible] forcipale extractie, vaginaalver[illegible] ding. Na poging forceps, perfora[illegible] levend kind.
7	IV	pl. rach.	$8\frac{3}{4}$	S.	Versie en extractie.	m.	51	4050	† na 3 d.	moeilijke ontwikkeling van 't na[illegible] mend hoofd. Subdurale bloeding[illegible] in hersenen en ruggemerg.
32	X	"	$8\frac{3}{4}$	S.	Perforatie v. h. doode kind.	m.	54	3210 z. h.	†	barende ingebracht na vergeefs[illegible] pogingen tot extractie. Kind a[illegible] storven, perforatie.
36	I	"	8.5	S.	" " "	vr.	?	2840 z. h.	†	barende ingebracht na pogingen [illegible] extractie, rotte vrucht, en[illegible] stank, perforatie.
54	I	"	< 8.	S.	" " "	m:	50	2700 z. h.	†	barende ingebracht na vergeefs[illegible] pogingen tot extractie, afge[illegible] ven kind, perforatie.
35	II	"	7.5—8	S.	Partus provocatus, versie.	m.	51	2650	asph. †	moeilijke ontwikkeling van 't na[illegible] mend hoofd, asphyxie, niet bij[illegible] bracht.
84	IV	alg. v. pl. rach.	8	S.	Versie wegens prolapsus funiculi.	m.	53	3700	asph. †	moeilijke ontwikkeling van 't na[illegible] mend hoofd, asphyxie, niet bij[illegible] bracht.
90	II	"	$7\frac{1}{4}$–7.5	S.	Hooge tang na impressie v. h. hoofd in 't bekken.	vr.	50	3000	† na 8 d.	*pneumonie*, geen hersen of sche[illegible] beleediging geconstateerd.
26	I	" dwerg.	7 ?	S.	*sectio caesarea.*	m.	50	3190	† na 1 d.	asphyctisch geboren, atelect[illegible] pulmonum.

Deze uitkomst schijnt ongunstiger dan zij werkelijk is. Van de 11 moeten 4 kinderen worden afgetrokken als zijnde reeds gestorven voordat sprake was van 't verleenen van hulp, en ééne waarvan de doodsoorzaak zelfs in de verste verte niet met den partus kon worden in verband gebracht. Blijven dus over één kind gestorven na een forcipale extractie, maar eerst 8 dagen daarna en aan een pneumonie, één kind dat wegens gevaar voor de vrouw moedwillig werd opgeofferd, een kind gestorven na sectio caesarea en drie kinderen ten gevolge van versie en extractie uit schedelligging.

Natuurlijke verlossing.
(*10 gevallen*).

Dat bij een slechts matig vernauwd bekken, onder gunstige omstandigheden de baring natuurlijk kan afloopen, wordt wel door niemand betwijfeld. Dat bij een ontijdige verlossing de invloed eener geringe bekkenvernauwing = 0 is, spreekt vanzelf en in dien zin is ook in de zelfontwikkeling der zeer kleine, dwarsgelegen, gemacereerde vrucht van n°. 73 niets wat met de, toevallig gevonden, bekkenafwijking in verband staat.

Voorbeelden van een normaal verloopen, natuurlijke baring geven n°. 22, 30 en 92. Patiënte n°. 30 een skoliotische I-para met een niet belangrijk algemeen vernauwd bekken, beviel zoo snel en gemakkelijk, dat de assistent bij zijn komst op de verloskamer het kind reeds geboren vond, terwijl het noch druksporen, noch verschuiving der schedelbeenderen vertoonde. Gedeeltelijk mag dit zeker op rekening gesteld worden van het weinig ontwikkelde kind (lengte 48 cM. Gewicht 2700). Bij n°. 22 eveneens eene I-para stond in 't begin der baring het hoofd nog boven den bekkeningang, maar toen de ontsluiting nog slechts 4 cM. was, was het reeds ingedaald. Toen braken de vliezen, daarna bewerkten flinke uteruscontracties in 6 uur volkomen ontsluiting en 3 uur later de geboorte van 't kind. Dat het bekken in den ingang geen weerstand opleverde bewijst de vroegtijdige indaling, dat de uitgang het evenmin deed, de kleinheid van 't caput succedaneum en het niet genoteerd zijn van verschuiving of vervorming der schedelbeenderen. Bij n°. 92 een multipara met een plat niet rhachitisch bekken (C. d. = 10) werd het kind 10 minuten na het breken der vliezen geboren en was het reeds te voren met de pijlnaad in de dwarsche afmeting in 't bekken afgedaald. Ook hier was de schedel niet gemouleerd. Dat het na 3 dagen onder anurie aan een vitium cordis stierf, mag natuurlijk niet op rekening der baring worden gesteld.

Geringe afwijking van den normalen gang geeft de historie van

n⁰. 69 een rachitica met een plat bekken (C. d. = 10.5). In 't begin der baring stond het hoofd nog hoog, toen de ontsluiting p. m. 4 cM. was geworden stond het even in den ingang. Zes uur later breken de vliezen, met meconium vermengd vruchtwater loopt af, het hoofd staat duidelijk dieper *met de pijlnaad dwars*, de kleine fontanel links, twee uur daarna wordt onder krachtige weeën het kind geboren, het hoofdgezwel bedekt een groot deel van 't achterhoofd en de beide wandbeenderen.

De historia partus van n⁰. 74 duidt op een algemeen te klein, vooral in den uitgang vernauwd bekken. De afstand der tubera ischii was bij deze kyphoskoliotica niet grooter dan 10, de spinae ischii staken sterk naar binnen uit. In het begin der baring was het hoofd reeds begonnen in te dalen. Bij volkomen ontsluiting worden de vliezen gebroken (de patiënt was zeer kortademig). Het hoofd komt duidelijk dieper. De kleine fontanel wordt bij de linker zitbeensknobbel gevonden, de groote staat rechts bijna achter de symphysis pubis. *Het perineum posterius is sterk gewelfd, de anus zeer wijd geopend*, de commissura posterior vulvae wordt nog niet gerekt. Krachtige weeën. Drie uur later is het hoofd in de schaamspleet pas zichtbaar als men de schaamlippen uiteen houdt, de kleine fontanel staat tusschen commissura vulvae en anus, de groote achter de symphysis, om den anus ontstaat oedeem, een hoofdgezwel is duidelijk merkbaar Twee uur later is het hoofd nog dieper gekomen. Het perineum *anterius* wordt langzamerhand gerekt, waardoor de spanning van het perineum posterius schijnt te verminderen. Onder een krachtige wee, terwijl 't perineum anterius over de helft inscheurt, wordt eerst de streek van 't hoofdgezwel over den bilnaad geboren. Hierop draait het achterhoofd naar voren, zoodat schedel en aangezicht over 't perineum te voorschijn komen. Het hoofdgezwel bevindt zich achter de groote fontanel. Dat het hoofd belangrijk is gedrukt bewijzen de schedelmaten:

	B.T.	B.P.	S.B.	S.F.	F.O.	M.O.	
	7¼	8.	8.5	10.25	11.5	14.	Lengte 50 cM. Gew. 3270 Gr.
na 16 uur.	7¾	8.5	9.	11.	12.	14.	

De loop der baring geeft reden om aan te nemen dat de verkorting der dwarsche afmeting van den bekkenuitgang (tengevolge der kyphoskoliose) het naar voren draaien van het oorspronkelijk naar achteren geplaatste achterhoofd belette omdat het als 't ware gevangen was achter de sterk uitstekende zitbeensdorens. Eerst toen het breedste gedeelte van 't hoofd uit deze beklemming gekomen was (de schedel „out of tho bones" was gekomen) kon het achterhoofd naar voren draaien en kwam de spildraai op het allerlaatste oogenblik nog tot stand, zoodat deze IVe schedelligging

(volgens Busch) ten slotte toch nog in een eerste overging.

Bij n°. 68 een rachitische IIpara met sterke lordose, (C.d. 10) de eerste maal na versie van een dood kind verlost, was voordat er weeën waren, helder vruchtwater afgeloopen. Hoofd weinig beweeglijk op den ingang, harttonen links, weerstand links. Inwendig onderzoek: ongeveer 4 cM. ontsluiting, hoofd vrij vast op den ingang, beginnend caput succedaneum. De *pijl*naad verloopt dwars, vlak bij het promontorium, het voorste wandbeen (rechter) dieper dan het achterste. Na 6 uur is het verschil in niveau tusschen voorste en achterste wandbeen grooter, het hoofd staat vaster, maar nog niet dieper; 3 uur later is de ontsluiting 6—7 centimeter, de kleine fontanel staat links, dieper dan de groote, het achterhoofdsbeen is geschoven onder de beide wandbeenderen, het achterste wandbeen duidelijk onder het voorste. 't Promontorium is nog even te bereiken. Een uur later doen flinke weeën 't hoofd in de vulva verschijnen en spoedig geboren worden.

Er is een groot caput succedaneum op 't achterhoofdsbeen en de omgevende deelen der wandbeenderen. De linker schedelhelft is afgeplat, de rechter meer gewelfd. Het linker wandbeen is geschoven onder 't rechter, evenals de beide voorhoofdsbeenderen, waarvan ook het linker onder het rechter ligt. Op het linker wandbeen, juist boven 't oor is een roodheid ter grootte van een gulden, in welks midden een kleine blauwzwarte verkleuring; in de richting naar 't midden van de linker kroonnaad loopt een lichtrood gekleurde streep.

De toestand van het hoofd na de geboorte bevestigt het klinisch waargenomen mechanisme der baring. De achterste schedelhelft (de linker) werd tegengehouden en gedrukt tegen het promontorium. Terwijl nu het linker wandbeen langen tijd tegen het promontorium gedrukt werd (blauwzwarte verkleuring) daalde het achterhoofd dieper, terwijl daarna het hoofd langs het promontorium voortgeschoven werd, zeker nadat eerst het achterste wandbeen dieper gekomen was (de roode streep, die naar den linker kroonnaad verliep). In dit geval bestond dus een z.g. *voorste wandbeensligging*, met belangrijke verticale verschuiving van de beide wand- en voorhoofdsbeenderen.

Niet het *voorste*, maar het *achterste wandbeen* stond aanvankelijk dieper bij n°. 94*a* IIpara, plat bekken c. d. 10.75. Ook hier liep het vruchtwater vroegtijdig af. Een uur later constateerde men rug links, kleine deelen rechts, hoofd beweeglijk op den ingang. Inwendig onderzoek 3—4 c.M. ontsluiting, beweeglijk hoofd, *pijlnaad dwars, dicht bij de symphysis pubis*: de groote fontanel is rechts gemakkelijk te bereiken, de kleine fontanel eerst als het achterhoofd naar beneden

wordt gedrukt. Zwakke weeën. Na 8 uur ontsluiting 7—8 centimeter. Hoofd iets dieper, staat vast. Symphysis en sacrum kunnen grootendeels nog met den vinger bestreken worden. Caput succedaneum vormt zich. *De pijlnaad verloopt dwars maar minder dicht bij de symphysis*, de groote fontanel ligt meer lateraal bij den bekkenwand, de kleine fontanel is goed te bereiken; $^{3}/_{4}$ uur later komt het hoofd vrij schielijk voor den uitgang, de pijlnaad verloopt in de rechte afmeting, de kleine fontanel onder de symphysis. Een paar krachtige weeën doen 't hoofd geboren worden. 't Kind schreeuwt direct (m. 53 c.M. 3870 gram).

De linker zijvlakte van 't hoofd is afgeplat, de rechter meer gewelfd. 't Caput succedaneum bedekt de kleine fontanel en de achterste helft van 't rechter wandbeen. Het achterhoofdsbeen ligt onder beide wandbeenderen, het linker onder het rechter, de andere beenderen liggen even hoog. *Op het linker wandbeen* direct voor het tuber pariëtale is een 5 cM. lange ondiepe indruk te voelen, die een weinig concaaf gebogen naar de slaapstreek verloopt. De huid daar ter plaatse is rood verkleurd. Hier heeft men dus ongeveer dezelfde veranderingen als in 't vorige geval. Vrij spoedig moet hier het voorste wandbeen dieper gekomen zijn dan het achterste, want het achterste vertoonde een drukspoor van 't promontorium, het voorste was de zetel van 't caput succedaneum. Men kan dus zeggen, dat het hoofd zich presenteerde in een achterste wandbeensligging die in een voorste overging.

Bij n°. 72 (driehoekige bekkeningang C.d. = 9) werd, naar schatting in de 35e week der zwangerschap de baring opgewekt. Eerst na 6 dagen kwamen krachtige weeën, nadat vruchtwater was afgeloopen. Men constateerde 2e schedelligging, hoofd op den ingang, tamelijk vast, pijlnaad dicht bij het promontorium. Een paar uur later was de kleine fontanel gemakkelijk te bereiken, nog een paar uur later bedekte het hoofdgezwel de kleine fontanel en een groot deel van den omtrek. 4 uur daarna werd onder zeer krachtige weeën het hoofd uitgeperst. 't Kind was asphyctisch maar kwam betrekkelijk spoedig bij. Wegens bloeding en het niet slagen van uitwendige handgrepen moest de placenta met de hand uit de baarmoeder verwijderd worden. Hierbij kostte het eenige moeite met de hand door den nauwen bekkeningang te komen!

Het hoofd is sterk zijdelings gedrukt en in de lengte uitgerekt (B.T. = 7.5. B.P. = 7.5—7.75! F.O. 11.25. M.O. 13.5). Het caput succedaneum bedekt het bovenste gedeelte der wandbeenderen en het achterste gedeelte van het achterhoofdsbeen. De rechter schedelhelft is meer gewelfd dan de linker, het linker voorhoofdsbeen is geschoven onder 't rechter, het rechter voorhoofdsbeen ligt in

de bovenste helft onder, en de onderste helft boven 't wandbeen, links eveneens. Het linker wandbeen ligt dieper dan 't rechter. De kleine fontanel is niet duidelijk dóór het caput succedaneum te voelen. In de onderste helft liggen beide wandbeenderen onder het achterhoofdsbeen. Aan weerszijden van den schedel is te midden van een hyperaemische plek, welke ligt iets beneden 't midden van 't wandbeen, een donkerblauwe verkleuring, rechts grooter dan links, de kleur verdwijnt niet bij druk. Vóór en achter de kleine fontanel zijn kleine hyperaemische plekjes zichtbaar. Ook hier beantwoordt de beschrijving van den schedel aan het geobserveerde baringsmechanisme. Het achterhoofd heeft reeds vroeg diep gestaan, zoodat het in mindere mate den druk van het bekken ondervond dan de beide wandbeenderen, die èn van 't promontorium èn van de symphysis druksporen meebrachten. De aanzienlijke verkorting der bipariëtale afmeting, de langgerekte vorm van den schedel bij de overigens niet zeer groote vrucht (48.5 cM. 2750 gram) wijst op een sterke vervorming onder den druk van 't bekken. Dat de vrucht natuurlijk geboren werd, mag aan de krachtige weeën worden toegeschreven. Dat onder den invloed van den grooten weerstand de baarmoeder tot buitengewoon groote krachtsinspanning werd opgewekt, mag worden afgeleid uit de atonie (exhaustio uteri) die na de uitdrijving van de vrucht een vrij aanzienlijke haemorrhagie veroorzaakte. De manueele verwijdering van de placenta gaf gelegenheid zich van de vernauwing van het bekken en den driehoekig gevormden bekkeningang te overtuigen.

Bij n°. 71 liep de baring natuurlijk af, terwijl het kind in *stuitligging* geboren werd. De vrouw, een V-para met een plat (rachitisch?) bekken (C.d. = 10), was de eerste maal forcipaal van een dood kind verlost, het tweede werd, na keering, dood geboren. De derde en vierde bevallingen leidden, na versie, tot de geboorte van kleine levende kinderen (diëetkuur). Gedurende deze zwangerschap werd geen diëetkuur gevolgd. De baring begon nu v. m. 9 uur. Men constateerde: *afgeweken schedelligging*. Om 1 uur *lagen stuit en hoofd ongeveer even hoog*, om 5 uur vond men een *afgeweken stuitligging*. Om 11 uur braken de vliezen, terwijl de stuit op den bekkeningang stond. Om 11.30 werd de stuit geboren. De armen waren niet opgeslagen, het nakomend hoofd werd „zonder de minste moeite" door den assistent ontwikkeld. Het kind (52 cM. lang 3580 gram zwaar) schreeuwde direct. Het hoofd was rond en niet in de naden verschoven.

Tabel VI geeft een overzicht van de hiervóór beschreven baringen.

TABEL VI. Natuurlijke baring.

73	20 j.	Ia	?	22.5	25.5	30.5	19	11.5	$9^{3}/_{4}$	plat.	Dwarsl.	Evolutio spontanea.	m.	20	?	partus immaturus, *gemacereerde vrucht.*
22	25 j.	Ia	100	28	31.5	33	> 20	$10^{3}/_{4}$	> 9	plat.	A. l. v	Bij beginnende ontsluiting hoofd boven den bekkengang, na 2 dagen sterkere weeën, hoofd daalt in. Bij 4 cm. ontsl. breken de vliezen. 6 uur later volkomen ontsluiting, na 3 uur geboorte van 't kind.	m.	53	3535	*levend kind*, klein caput succedaneum op de kleine fontanel.
30	25 j.	Ia	79	22.5	24.5	29	17.5	11.5	$9^{3}/_{4}$	alg. vern. skoliose.	A. r. v.	4 dagen ante partum, hoofd op den ingang. Snelle baring.	m.	48	2700	*levend kind.* Toen de assistent op de verloskamer kwam, kind reeds geboren.
69	27 j.	Ia	94	24.5	26.5	30.5	18.5	10.5	9	plat rach.	A. l. v.	Bij 4 c.m. ontsl. hoofd even in den ingang. Na 7 uur afloopen van vruchtwater met meconium, na 3 uur onder krachtige weeën geboorte van 't kind.	m.	51	3250	*levend kind.* Hoofdgezwel op het achterhoofdsbeen en beide wandbeenen.
74	32 j.	Ia	77	26.5	27.5	27.5	18	11.5	$9^{3}/_{4}$	alg. vern. kyphoskoliose.	A. l. a.	12 uur na 't begin der weeën volkomen ontsluiting. 2 uur later worden de vliezen gebroken, 5 uur daarna partus. Sterke weeën	m.	50	3270	*levend kind.* Groot hoofdgezwel, sterk gemouleerd hoofd.
68	33 j.	IIa	85	26.5	28	30.5	18.5	10	8.5	alg. vern. plat rach.	A. r. v.	Om 2 uur loopt vruchtwater af 2 uur later 4 c.m. ontsluiting, hoofd vast op den ingang, 4 uur daarna hoofd mouleert, 3 uur later ingedaald na 2 uur partus.	vr.	52	3780	*levend kind.* Niet asphyctisch, hoofd sterk gemouleerd, druksporen van 't bekken. 1°. Partus versie, moeilijke ontwikkeling van 't nakomend hoofd, kind *dood.*
92	34 j.	IIIa	87	25.5	28.5	32	19.5	10	> 8.5	plat.	A. r. v-	v.m. 10 uur beginnende ontsluiting, n.m. 3 uur onder krachtige weeën, bij volkomen ontsluiting breken de vliezen, 10 min. daarna partus.	vr. † na 3 d.	49.5	3410	*levend geboren*, na 3 dagen gestorven, *anurie, hartgebrek.* Communicatie van beide ventrikels. Kinderhoofd niet gemouleerd, kind schreeuwde direct.
95a	23 j.	IIa	87	25.75	27.75	29.5	18.5	$10^{3}/_{4}$	> 9	plat rach.	A. l. v. acht. w. b. ligging-	Bij 3 c.m. ontsl., hoofd bewegelijk, *pylnaad dwars*, in de symph. zwakke weeën. Na 3 uur 4—6 c.m. ontsl., 5 uur later 7—8, hoofd dieper, vast, pijlnaad dwars. niet meer zoo dicht bij de symph. pubis, na $1^{1}/_{2}$ uur partus.	m.	53	3870	*levend kind.* Vruchtwater is in de slaap afgevloeid, na een dag onder geringe pijn beginnende ontsluiting. Gemouleerd hoofd.
71	31 j.	Va	87	25	27.5	29	$18^{3}/_{4}$	10	8.5	plat rach.	*Stuitl.*	v.m. 9 uur beginnende ontsluiting, *afgeweken schedelligging*, n.m. 1 uur, *dwarsligging*, zwakke weeën, 5 uur *afgeweken stuitligging*, 8 uur sterkere weeën, om 11 uur breken de vliezen, *stuit* op den bekkeningang, 11.30 stuit wordt geboren, armen *niet* opgeslagen, hoofd wordt *zonder de minste moeite* (door den assistent) ontwikkeld.	vr.	52	3580	1°. Partus forceps: kind † 2°. „ Versie: „ † 3°. „ „ klein kind leeft. 4°. „ „ „ „ „ 3e en 4e Partus: in de kliniek bevallen na dieetkuur, nu zonder dieet. Hoofd rond, niet verschoven.
72	33 j.	Va	83.5	25.5	26.5	29.5	17	> 9	< 8	alg. vern. plat rach.	A r. v.	*Partus arte provocatus door bougies*, eerst na 6 dagen weeën na het afloopen van het vruchtwater, daarna loopt de partus onder flinke weeën af. Het hoofd is zeer sterk uitgerekt en verschoven.	m.	48.5	2750	1°. Partus spontaan, vroegtijdig, kind leeft 2°. „ *Versie* „ † 3°. „ „ klein „ leeft 4°. „ „ „ „ „ Wegens atonie p. p. is de *placenta met de hand weggenomen.*

Kunsthulp.

Achtmaal werd de baring *kunstmatig opgewekt*, nl. bij één primigravida en bij zeven multigravidae.

Alle vrouwen hadden een niet, of niet noemenswaard gestoord kraambed.

Van deze baringen verliep één natuurlijk. Twee werden getermineerd door het afhalen van en het extraheeren aan een voet bij stuit- resp. voetligging. Bij twee werd de vrucht na keering uitgehaald (éénmaal lag het hoofd, eenmaal de knie vóór). Driemaal geschiedde de extractie met de tang. Een kind stierf bij, één acht dagen na de geboorte.

Tweemaal werd de vrucht *aan den voet geëxtraheerd*, beide malen na kunstmatig opgewekte baring.

Achtmaal werd na *keering* de vrucht aan den voet geëxtraheerd. Tweemaal na vroeggeboorte — een dezer kinderen stierf. Zesmaal bij een spontaan begonnen baring. Tweemaal bij bestaande dwarsligging; viermaal bij schedelligging; van de vier aldus geboren kinderen stierf één bij de geboorte, één 2 dagen na de geboorte.

Eén der vrouwen, bij wie keering was verricht, onderging een belangrijke stoornis in het kraambed door eene parametritis, waarvoor zij eenige weken in de gynaecologische afdeeling verpleegd werd. De overigen hadden een nagenoeg ongestoord kraambed.

Zevenmaal werd de vrucht forcipaal geëxtraheerd, waarvan driemaal na kunstmatig opgewekte baring; één dezer drie stierf den achtsten dag, de andere zeven werden met de moeders ontslagen. Het puerperium verliep zonder belangrijke stoornis.

Viermaal werd de vrucht geperforeerd, eenmaal leefde de vrucht nog, driemaal was zij reeds afgestorven.

Tweemaal werd sectio caesarea verricht, eenmaal met ongunstigen uitslag voor moeder en kind, daar het kind na 9 uur, de moeder na 11 dagen (peritonitis) stierf, éénmaal met volkomen goeden uitslag voor moeder en kind.

Hierachter worden deze operaties afzonderlijk besproken.

Partus arte provocatus.

Achtmaal werd de baring kunstmatig ingeleid. Eens bij een primigravida.

Geval I. J. M. oud 28 jaar, was een asymmetrische mikrocephaal met kyphoskoliose, idioot, zeer klein (135 cM.) en zeer misvormd. De bekkenmeting leerde dat in alle richtingen verkorting bestond D. sp. 24, D. cr. 25.5, D. tr. 28.5, D. B. 17, C d. $9^3/_4$, C. v. 8. Daar de graad van vernauwing partus praematurus toeliet en ik

't wenschelijk achtte niet het einde der zwangerschap af te wachten, werd met het inbrengen van een bougie de baring ingeleid, toen het scheen, dat de zwangerschap tot de 35e à 36e week gevorderd was. Daar patiënte geen data kon opgeven, moest de duur der zwangerschap worden geschat. Hierbij moest rekening gehouden worden met den abnormaal hoogen stand van den uterus tengevolge der bekkenvernauwing. Waarschijnlijk geschiedde dit iets te veel, en werd daarom de zwangerschap beschouwd als te zijn gevorderd tot de 35e week, terwijl zij inderdaad reeds tot de 37e—38e week was gekomen.

4/5. 98. 4 u. n.m. inbrengen eener bougie; 5/5. n.m. 6 uur wordt deze verwijderd; 6/5 v.m. 9 uur inbrengen eener tweede bougie. 7/5. 2e bougie verwijderd, 3e bougie ingebracht. 8/5. v.m. 8 uur beginnen de weeën; vruchtwater loopt af. Bij onderzoek vindt men ± 3 cM. ontsluiting, hoofd vast op den bekkeningang, naad maar geen fontanel te voelen. Bougie verwijderd, n.m. 3 uur: ontsluiting p. m. 5 cM. pijlnaad verloopt van links achter naar rechts voor; links en naar achteren *is de groote fontanel bereikbaar*; n.m. 11 uur, ontsluiting weinig toegenomen. Hoofd staat lager, de *groote fontanel staat vrij diep*. 9/5 v.m. 5 uur volkomen ontsluiting, v.m. 9 uur verloopt de pijlnaad van links achter naar rechts vóór; de *kleine fontanel staat 't diepst*, *de groote is niet meer te bereiken*. De weeën verminderen en houden eindelijk op; 's avonds om 10 uur: Hoofd in de bekkenholte; pijlnaad van links achter naar rechts voor, kleine fontanel naar rechts voor, *forcipale extractie*, *levend kind*.

Het kind, mannelijk, lang 48 cM. weegt 2710 gram. Op het linker wandbeen is een klein caput succedaneum. De schedel is rond en niet groot zooals blijkt uit de afmetingen, vergeleken met de normale: B. I 7.5 (8), B. P. 8¹/₄ (9.5), S. B. 8.25 (9³/₄), F. O. 10.5 (12), M. O. 12 (13.5). De dwarsche schedelmaten wijken minder van de norma af dan de lengtematen. Door den ronden schedel wordt het eigenaardige baringsmechanisme verklaard. Eerst daalt het hoofd met de pijlnaad in de schuinsche afmeting en de groote fontanel het diepst in, later komt de normale buiging tot stand, wordt de kleine fontanel voelbaar, terwijl de groote niet meer te bereiken is. Dit wijst op een geringe wanverhouding tusschen de wijdte van den bekkeningang en den niet geheel ontwikkelden, ronden, kleinen schedel. De extractie leverde geen moeilijkheden op.

Het gewicht van 't kind was bij 't ontslag (12e dag) 2430 gram. Minimumgewicht op den 5en dag 2290. 't Werd door de moeder gezoogd.

In de overige 7 gevallen was 't voornamelijk de afloop van vorige baringen in verband met de wijdte van 't bekken, die deed

beslissen of de vroeggeboorte zou worden opgewekt. Wanneer de conjugata diagonalis grooter dan 10 cM. was, werd doorgaans geen vroeggeboorte opgewekt, maar het einde der zwangerschap afgewacht. Twee gevallen maken hierop een uitzondering, n.l. n°. 17 waar drie kinderen natuurlijk en levend geboren waren, maar de laatste vier, door hun sterker ontwikkeling, forcipaal moesten worden geëxtraheerd en alle dood ter wereld kwamen, en n°. 59 waar alle 4 voorafgegane baringen hadden geleid tot de geboorte van een dood kind. In beide gevallen werd, volgens de berekening der vrouw en den stand der baarmoeder, de baring opgewekt in de 36e week, maar bleken de kinderen voldragen te zijn, hoewel zij, naar 't oordeel der vrouw kleiner waren dan de vorige.

Deze 7 gevallen verliepen als volgt.

Geval II. n°. 17. Vr. B. 34, VIII para. In de jeugd rachitis. 3 kinderen levend, natuurlijk geboren, de laatste 4 forcipaal, dood. Lengte der vrouw: 150 cM. Bekkenmaten: D. sp. 27.5, D. cr. 29.5, D. tr. 30.5, D. B. 18.5, C. d. 10 c.M. Hieruit berekend C. v. = 8.5 cM. plat rachitisch bekken.

Opgenomen in de kliniek 10 Maart 1898, tot opwekking van vroeggeboorte; laatste menstruatie 20 Juni, de vrouw geeft aan stellig nog 4 weken te moeten loopen.

11/3 n. m. 1 uur bougie ingebracht. Patiënt reageert weinig, gedurende de eerste 30 uur zijn geen merkbare uteruscontracties waar te nemen; 12/3 av. 8 uur bougie verwijderd; 13/3 v. m. 11 uur bougie n°. 2 ingebracht, verwijderd 14/3 av. 7 uur, onmiddellijk hierop bougie n°. 3 ingebracht. 15/3 av. 7 uur werd bougie n°. 3 verwijderd, weeën, beginnende ontsluiting, geen voorliggend deel, gespannen vochtblaas. 9.30 volkomen ontsluiting, de vliezen breken, een knie ligt voor. Kort hierop wordt de rechter voet afgehaald en de vrucht geëxtraheerd. De armen geven geene, 't nakomende hoofd slechts geringe moeite, met goed aangebrachten druk van boven passeert het zonder schade het bekken. Het kind is niet asphyctisch, schreeuwt na wrijving met een warmen doek.

Het kind, mannelijk, 50 cM. 3300 gram, B.T. 8.5, B.P. 10.25, S.B. 10, F.O. 12.5, M.O. 13.5, woog bij het ontslag der moeder (18en dag) 3240 gram, (minimum 4e dag 3090, van 8—12 3300, van 12en—16en dag gedaald tot 3190, daarna weer gestegen). Het werd door de moeder gezoogd.

Het puerperium was niet gestoord.

Geval III n°. 35. Vr. I. 36 jaar, II-para, in de jeugd rachitisch, liep eerst met 8 jaar, de eerste partus was getermineerd (te huis) met de perforatie van 't levende kind. Lengte 138 cM. D. sp. 26.5, D. cr. 25.5, Tr. 33, D.B. 17.5; C.d. 9. (hieruit berekend Cv = 7.5);

algemeen vernauwd plat rachitisch bekken. Opgenomen 2 Aug. Volgens opgave der patiënt laatste menstruatie begin December 1897; partus ingeleid 2 Augustus 1898. (Dr. Mossel).

3. VIII v. m. 10 uur 1e bougie, 4. VIII n. m. 6 uur 2e bougie, hierna weeën, beginnende ontsluiting, de vliezen breken, 5. VIII n. m. 8 uur bij p. m. 6 cM. ontsluiting en krachtige weeën. Voorliggende schedel, rug naar rechts. Na drie kwartier, terwijl het hoofd geen neiging had om in 't bekken in te dalen, werd versie gedaan. Eerst onder krachtige hulp van buiten en toepassing der dubbele handgreep van Siegemundin gelukte het na het afhalen van den voet, het hoofd van den bekkeningang weg te krijgen en de versie te volbrengen: duur p.m. 20 minuten. Het verder afhalen der vrucht ging tot het hoofd vrij gemakkelijk. Het hoofd was alleen met krachtigen druk van boven uit en na patiënte in „Hängelage" gebracht te hebben, met veel moeite te ontwikkelen. Het kind werd asphyctisch geboren (het hart pulseerde nog even) maar kon niet worden bijgebracht.

Geslacht mannelijk, lengte 51 cM. Gewicht 2650 gram B.T. 7.5, B.P. 8.5, S.Fr. 10.5, F.O. $11^1/_4$, M.O. 12 cM. Op het linker wandbeen, is een halfcirkelvormige *deuk*, langste afmeting 6 cM., kortste 3.5 cM. De deuk verloopt van af één vingerbreedte afstand boven 't linkeroor tot op één vingerbreedte afstand van de groote fontanel (die niet grooter is dan een stuivertje). De afstand die van de deuk, naar de andere zijde van den schedel gemeten kan worden en aangeeft, welke afmeting de C.v. is gepasseerd, bedraagt 7.5 cM. Het rechter voorhoofdsbeen is geschoven onder 't linker, het rechter voorhoofdsbeen ligt onder 't rechter wandbeen, het linker wandbeen ligt boven 't rechter, en onder 't achterhoofdsbeen.

Het puerperium werd slechts één dag door temperatuursverhooging gestoord.

Hieruit blijkt, dat de schatting van de C. vera = 7.5 juist was. Was de vrouw vroeger in de kliniek gekomen, dan zou eerder vroeggeboorte zijn opgewekt en vermoedelijk een levend kind zijn verkregen. Bij een eventueel volgende zwangerschap zal hiermee rekening moeten worden gehouden.

Geval IV. n°. 59. Vr. v. Z., 34 j., V-para. Leerde eerst op 2 jarigen leeftijd loopen. Eerste partus: natuurlijk kind, dood, 2e partus idem, idem, 3e partus: prolapsus funiculi, forceps, kind dood, 4e partus versie, kind dood.

Lengte der vrouw 149 cM. Bekkenmaten 91, $25^3/_4$, $27^3/_4$, 31.5, 18, C.d. 10 cM. Plat rachitisch bekken. Conj. vera waarschijnlijk 8.5 centimeter.

Opgenomen 3 Januari 1899, terwijl naar haar meening de

zwangerschap nog 4 weken moest duren. De baring wordt opgewekt 4 Januari 1899 (Dr. Noordhoff). 4 Jan. '99 v.m. 11 uur wordt de eerste bougie ingebracht. Twee en een halfuur later verliest de vrouw plotseling veel vruchtwater, terwijl ze in bed opzit. De vrouw begint te klagen over pijn. Bij onderzoek blijkt een weinig ontsluiting te bestaan, de dwarsgelegen vrucht wordt zooveel mogelijk in stuitligging gebracht. 4 uur. Uteruscontracties zijn duidelijk zichtbaar. Om 6 uur 's avonds 3—4 cM. ontsluiting. 11 uur 5—6 cM. ontsluiting, de bougie wordt verwijderd, weeën komen om de 5 minuten, hoewel zwak; telkens verliest de vrouw vruchtwater, de vrucht ligt in stuitligging, harttonen duidelijk. 5 Jan. 's nachts 1.30 is de ontsluiting 7 cM. Alsnu wordt besloten een voet af te halen en in narcose zonder moeite de rechter voet te voorschijn gebracht. De vrucht wordt verder geëxtraheerd, de armen worden gemakkelijk ontwikkeld. Hierna wordt de vrouw in „Hängelage" gebracht en door middel van den Mauriceau-Levret'schen handgreep en druk van boven, het hoofd vlug ontwikkeld. 't Kind is licht cyanotisch, maar schreeuwt spoedig. De navelstreng ligt driemaal om den hals. Het hoofd vertoont geen laesies. Duur der narcose 15 minuten. Placenta eerst na $1^1/_4$ uur verwijderd (Credé).

Het kind, vrouwelijk, is 52 cM. lang en weegt 3355 gram. Schedelmaten: B.T. 8.5, B.P. 9.5, S.B. 11.5, S.F. 11.5, F.O. $12^1/_4$, M.O. 13 cM. Ongestoord puerperium (12e dag alleen 38.2). Bij het ontslag der moeder weegt het kind (16e dag) 3300 gram, (minimum 4e dag 3170 gram). 't Wordt door de moeder gezoogd.

Geval V. n°. 72. Vr. T. 33 j. V-para, is reeds onder de natuurlijk afgeloopen baringen beschreven. Vermelding verdient te dezer plaatse 1° dat de ontwikkeling der vrucht niet geheel met den berekenden tijd der zwangerschap overeenstemde (36e week: 48.5 c M. 2750 gram), maar meer overeenkwam met een ietwat verder gevorderde graviditeit. 2° dat eerst 6 dagen na het inbrengen der eerste bougie behoorlijke weeën optraden, die daarna nog vrij langen tijd noodig hadden om de niet groote vrucht, onder sterk mouleeren der schedelbeenderen door het vernauwde bekken te persen.

Geval VI. n° 83, Vr. R. 25 j. III-para, in de jeugd rachitis, leerde eerst met 5 jaar loopen. Eerste partus: afgestorven vrucht, gestoord kraambed, 2e partus: versie, dood kind, het kind zou zeer sterk ontwikkeld geweest zijn, kraambed door koorts, gedurende 6 weken gestoord.

Lengte der vrouw 154 c.M. Bekkenomtrek 93.5, D. sp. $27^3/_4$, D. cr $29^1/_2$, D. tr.? D. B. 18, C.d. $9^3/_4$. Het promontorium staat niet hoog, de foramina sacralia anteriora zijn alle duidelijk te voelen, het sacrum

is overlangs sterk convex, *plat rachitisch bekken* met een conj. vera van iets minder dan 8 c.M.

Opgenomen 28 Juli 1899, laatste menstruatie 1 November 1898. Pat. was vroeger onderzocht en zou zich vroeger ter opname hebben aangemeld, maar verscheen eerst in de laatste maand. Besloten wordt onmiddellijk den partus in te leiden (Dr. Beekhuis).

29 Juli v. m. wordt een bougie ingebracht. Bij het inbrengen bloeding [1]). Om 12 uur wordt de bougie verwijderd, jodoformgaastampon, bloeding staat. Weeën beginnen om 1 uur, om 2.30 worden ze sterker, ze komen om de 10—15 minuten terug.

De vrucht ligt dwars, hoofd rechts boven, stuit links dicht bij den bekkeningang, rug vóór, in den fundus uteri een klein deel. Halskanaal ongeveer 1—1½ c.M. lang, laat twee vingers toe; deze komen op de vliezen en voelen een deel, dat zich terugtrekt (voet?). 4.45. Ontsluiting 4 c.M. staande vliezen, stampend voetje te voelen. 4.55. De vliezen breken. Ontsluiting 6—7 c.M. *Twee voeten zakken uit met de niet sterk pulseerende navelstreng.* De vrouw wordt gelegd op de operatietafel. Extractie der vrucht (rug links) tot halverwege den romp. De achterste arm is opgeslagen en wordt na druk op den rechterschouder naar beneden gehaald en ontwikkeld. De linkerarm kon hierna gemakkelijk ontwikkeld worden. Het hoofd werd met den Mauriceau-Levret'schen handgreep en druk van boven uit, *met moeite*, ontwikkeld, de extractie duurde p. m. 10 minuten. Gedurende de extractie „vocht de vrouw als een waanzinnige", waardoor de manipulaties zeer werden bemoeilijkt.

Het kind was bleek asphyctisch, na 5 minuten begint het bij te komen (warm bad, borstelen, methode van Ahlfeld), na 10 minuten begint het luid te schreeuwen.

Het kind — mannelijk — is 50.5 c.M. lang, weegt 3040 gram. B. T. 8¾, B. P. 9, S. B. 10, S. F. 11, F. O. 12, M. O. 12¾. Het hoofd is rond van vorm, vertoont geringe naadverschuiving. De beide wandbeenderen liggen iets boven de omgeving. Op de rechter zijvlakte van den schedel is een ondiepe geul, lang 5, breed 2½ c.M., aanvangende bij het eind van den kroonnaad, schuin naar boven verloopende naar het rechter tuber parietale (zie fig. 1). Deze wijst den weg dien het wandbeen langs het sterk uitspringende promontorium genomen heeft.

Het kraambed werd slechts gestoord op den 4en dag Temp. 38°.8, de temperatuur daalde tot de norma na ruime depositio alvi. Het kind werd gezoogd en woog bij het ontslag (17e dag) 2750 gram — minimum 10e dag 2525 gram. De schedelindruk was gebleven.

---

[1]) Aan de placenta was aan den rand een bloedcoagulum ter plaatse waar de bougie bij het inbrengen de laag gelegen placenta had geraakt.

Geval VII, n°. 81. Vrouw S. 40 jr., II-para. Opgenomen 10 Juni 1899. Uit de anamnese blijkt niets van rachitis. 1e partus vóór 7 jaar: na 20 uur forcipaal getermineerd, kind dood. Het kraambed was gestoord, 8 weken koorts. Lengte der vrouw 157, beenderenstelsel grof. Bekkenmaten: omtrek 86, D. sp. 25, D. cr. 27.5 Tr. 31.5, D. B. $17^{3}/_{4}$, C.d. ruim 9; plat-rachitisch? bekken. C.v. vermoedelijk < 8 c.M. Het sacrum maakt den indruk in overlangsche richting geknikt te zijn.

Fig. 1.



Laatste menstruatie onbekend, eerste kindsbewegingen begin Februari, de vrouw meent te zijn in 't begin der laatste maand.

Besloten wordt den partus op te wekken.

14/6 v.m. 10 uur wordt een bougie ingebracht. 1e schedelligging. Pogingen om hiervan een stuitligging te maken, gelukten, de fixatie mislukte. 15/6 av. 8 uur bougie weggenomen. 16/6 vm. 10 uur wordt bougie n°. 2 ingebracht, 17/6 vm. 10 uur wordt naast deze bougie n°. 3 ingebracht. Beide worden 's avonds verwijderd. Geen reactie.

18/6 vm. 10 uur. Bij het inbrengen van bougie n°. 4 breken de vliezen bij dikke b.m. randen; het halskanaal laat 2 vingers toe. Na afloopen van 't vruchtwater is de opening iets grooter. 't Hoofd ligt vóór, bewegelijk op den bekkeningang, men meent een naad onduidelijk te voelen. Volgens het uitw. onderzoek ligt de vrucht in 1e schedelligging (A. a. l.). Harttonen duidelijk, 't sterkst in de linker buikhelft. Uterus ligt sterk naar rechts overgeheld, *darmlissen liggen gedeeltelijk voor den uterus.*

N. m. 1.30. Beginnend caput succedaneum, hoofd niet dieper, mouleert niet, harttonen duidelijk, ontsluiting weinig of niet toegenomen, weeën komen niet zeer geregeld (5—10 minuten), zijn niet sterk, breken spoedig af.

N. m. 5 uur. Uitw. ond.: Toestand onveranderd. Inw. ond. Ontsluiting 5 cM. caput succedaneum grooter, hoofd niet dieper.

N. m. 9 uur. Uitw. ond. onveranderd, zwakke weeën.

N. m. 11 uur. Uitw. ond. Darmlissen voor den uterus, kleine deelen in fundo te voelen. Harttonen der vrucht duidelijk, frequentie p. m. 120. Hoofd boven den bekkeningang. Inw. ond. hoofd niet geheel vast, niet ingedaald, flink caput succedaneum, ontsluiting p. m. 7 c.M.

pijlnaad dwars, nabij het promontorium, kleine fontanel links achter, groote fontanel rechts achter, groot verschil in niveau tusschen voorste en achterste wandbeen. Bij uitwendigen druk op 't hoofd komt de groote fontanel dieper. Patiënte wordt in „Hängelage" gebracht. Pogingen om 't hoofd in 't bekken te doen indalen mislukken aanvankelijk. Zij worden herhaald in narcose. Na een flinken druk van ongeveer $1^1/_2$ minuut is het hoofd voor 't grootste gedeelte in de bekkenholte gekomen.

De harttonen blijven even frequent (120) en duidelijk.

Na 't indrukken van 't hoofd wordt de *tang* aangelegd, linker lepel links achter, de rechter lepel wordt gemakkelijk naar rechts vóór gebracht, onder lichte tractie de rotatie verricht en zonder moeite 't hoofd ontwikkeld. Geen ruptura perinei.

De verdere extractie geschiedt zonder moeite. 't Kind schreeuwt spoedig. 't Is vrouwelijk, 49 cM., 2450 Gram. B. T. 7.5, B. P. $8^1/_4$, S. B. $9^1/_4$, S. F. 10.5, F. O. $11^1/_4$, M. O. 12.5.

Het hoofdgezwel bevindt zich op 't rechter wandbeen. Het rechter wandbeen ligt boven het linker wandbeen en het achterhoofdsbeen. 't Linker voorhoofdsbeen ligt boven 't rechter. 't Linker wandbeen ligt onder 't achterhoofdsbeen, 't linker wandbeen onder 't linker voorhoofdsbeen. Op 't linker wandbeen, een vingerbreedte van den lambdanaad en den pijlnaad is een zwarte plek ter grootte van een stuiver met een rooden zoom. De afstand tusschen dit drukpunt en de tegenovergestelde zijde van 't hoofd bedraagt $7^1/_2$ cM.

Het kind werd gezoogd, maar nam tot den 7en dag in gewicht af (tot 2000), daarna nam het weer toe, zoodat het bij ontslag (21e dag) 2140 gram woog.

Geval VIII. n⁰. 90. Vr. T., 33 jaar, II-para, wordt 13 Sept. 1899 in de kliniek opgenomen. Volgens de moeder heeft zij in de jeugd rachitis gehad. 1e partus vóór 1 jaar, duur der baring 36 uur, zwakke weeën, uitzakking der navelstreng; in narcose is de partus met instrumenten (perforatie?) getermineerd omdat de vrucht reeds afgestorven was. Het kind was sterk ontwikkeld, ongestoord kraambed.

Bekkenmaten Omtrek 87, D. sp. 28, D. cr. $29^1/_4$, D. Tr. $32^1/_4$, D. B. $18^3/_4$, C. d. $8^3/_4$ cM.

Het sacrum is geheel te vervolgen, het is aan de voorvlakte zoowel in overlangsche als in dwarsche richting convex. Een valsch promontorium is tusschen 1en en 2en sacraalwervel duidelijk te onderscheiden. Het onderste gedeelte van 't sacrum is duidelijk geknikt, de geheele bekkeningang kan met een vinger worden vervolgd; de symphysis is hoog, aan de achterzijde bevindt zich een duidelijke zwelling (W u l s t). Algemeen vernauwd plat rachitisch bekken. Conj. vera $7^1/_4$—$7^1/_2$ cM.

L. m. 5 Januari 1899, eerste kindsbeweging 20 Mei. De fundus uteri staat 13 cM. boven den umbilicus, de vrucht ligt in 2e schedelligging, harttonen rechts, rug rechts, het hoofd balloteert boven den bekkeningang. Veel vruchtwater. Graviditeit vermoedelijk tot ongeveer de 36e week gevorderd. Besloten wordt de baring op te wekken.

14/9 v.m. 11 uur inbrengen van de 1e bougie, n.m. 1.45 patiënt vloeit een weinig, geen pijn.

15/9 v.m. 10.30 bougie verwijderd, n.m. 3 uur vochtblaas te voelen door het cervicaalkanaal, p. v. nog niet verstreken, nieuwe bougie ingebracht.

16/9 v.m. 11 uur. Pat. klaagt over lichte pijn, bougie n°. 2 wordt verwijderd, inwendig onderzoek als den vorigen dag; n. m. 9 uur beginnend verstrijken van de portio vaginalis, geen of nagenoeg geen weeën, bougie n°. 3 wordt ingebracht.

17/9 n. m. 8.30. Hoewel de vrouw bijna niet over pijn heeft geklaagd is bij inw. onderzoek toch bijna volkomen ontsluiting te constateeren. De vochtblaas staat. Bij uitwendig onderzoek blijkt de 2e schedelligging in een eerste veranderd te zijn. Rug links, harttonen links.

18/9 v. m. 8 uur. Rug weer rechts, harttonen weer rechts. Inw. onderzoek: staande vliezen bij zeer ruime ontsluiting, hoofd balloteert, weinig of geen weeën.

18/9 v. m. 9.30 volkomen ontsluiting. De vliezen worden gebroken, terwijl het hoofd uitwendig op den bekkeningang wordt gefixeerd, ongeveer 2 liter licht troebel, ongekleurd vruchtwater vloeit af.

N. m. 4 uur. Voortdurend is een weinig vruchtwater afgeloopen, nagenoeg geen weeën. Uterus helt naar rechts over, blaas naar links, matig gevuld. 't Hoofd staat boven den bekkeningang en puilt over de symphysis pubis heen, kin en onderkaak voelt men links, rug rechts, harttonen rechts.

Inwendig. onderzoek: volkomen ontsluiting. 't Hoofd ligt op den bekkeningang, de pijlnaad verloopt nagenoeg dwars, dicht bij de symphysis pubis, de groote fontanel is voelbaar naar links, kleine fontanel niet te bereiken.

Patiënt wordt op de operatietafel gelegd en genarcotiseerd. In „Hängelage" wordt getracht het hoofd door den ingang te drukken, het hoofd komt tot met een klein segment in den bekkeningang. Terwijl het hoofd wordt gefixeerd, wordt de tang van Breus aangelegd in de dwarsche afmeting. Dit geschiedt zonder eenige moeite. Onder zeer matigen druk van boven (de assistent Dr. Noordhoff voelde uitwendig duidelijk de bladen der tang en durfde

daarom niet hard drukken) gelukt het met een paar tracties het hoofd tot in de bekkenholte te brengen.

Nu wordt de tang van Breus afgenomen en (demonstrandi causa), na patiënt uit de Hängelage in gewone positie (met opgetrokken dijen) te hebben gebracht, de Naegele'sche tang geappliceerd in de rechter schuinsche afmeting. De spildraai komt gemakkelijk tot stand, de kleine fontanel komt onder de symphysis. De schuin liggende tang wordt verplaatst, zoodat zij dwars over 't hoofd ligt, nu wordt langzaam het hoofd met schedel en aangezicht over den bilnaad ontwikkeld. Geen perineaalruptuur. 't Kind is in lichte mate asphyctisch, komt zeer spoedig bij. Duur der narcose 20 minuten, duur der operatie p. m. 8 minuten.

Het kind — vrouwelijk — 50 cM. 3000 gram, B.T. 8, B.P. 9, S.B. 9.5, S.T. 10.5. T O. 12. M.O. 13, heeft een kleine — groote fontanel. Klein hoofdgezwel op 't *rechter* wandbeen, het linker voorhoofdsbeen is onder 't rechter, beide voorhoofdsbeenderen onder de beide wandbeenderen geschoven, rechter wandbeen boven 't linker. Het achterhoofdsbeen ligt onder 't rechter en boven 't linker wandbeen. Druksporen van symphysis of promontorium zijn niet zichtbaar.

Druksporen van de tang van Breus zijn zichtbaar op 't rechter voorhoofdsbeen (beide oogleden van 't rechteroog zijn gezwollen), aan de linker oorlel en aan den oorsprong van den linker m. sternocleido-mastoïdeus. Blauwe huidverkleuring om den mond, de neuspunt, het linker onderste ooglid en de rechter oorlel.

't Kind maakt 't aanvankelijk goed, neemt de borst, den 7en dag wil het niet zuigen, den 8e dag is 't icterisch en het sterft vrij plotseling denzelfden dag. De sectie toonde een uitgebreide dubbelzijdige pneumonie. Schedellaesies en hersenbloedingen waren niet te constateeren.

Uit de schedelverschuiving blijkt dat de naar voren gelegen schedelhelft bij de extractie een vrij aanzienlijken druk heeft ondergaan van de symphysis pubis, dientengevolge schoven de naar voren gelegen (linker) schedelbeenderen onder de achterste, de plaats van 't caput succedaneum wijst op een *achterste wandbeensligging*. De tang van Breus hield den schedel goed gefixeerd.

Naar aanleiding dezer gevallen van partus arte provocatus zijn de volgende opmerkingen te maken.

1°. De naam partus arte provocatus is voor de meeste dezer gevallen zeker beter gepast dan de meer gebruikelijke partus arte praematurus. Slechts in vier der acht gevallen mag de vrucht praematuur genoemd worden, in dien zin, dat het lichaamsgewicht minder dan 3000 gram bedroeg.

In de vier andere gevallen was het 3000 gram of meer. Bij eenige vrouwen ontbraken nauwkeurige of betrouwbare gegevens omtrent het tijdstip der laatste menstruatie of der eerste kindsbewegingen en moest de schatting van den duur der zwangerschap geschieden uit den stand van den fundus uteri en de vermoedelijke grootte der vrucht. Dit gaf tweemaal aanleiding tot een verschil tusschen den aangenomen tijd der zwangerschap en de ontwikkeling der geboren vrucht. Van meer beteekenis was echter dat een paar maal de vrouwen zich in de kliniek aanmeldden op een later tijdstip dan was overeengekomen, en dus de vroeggeboorte eerst later kon worden opgewekt en dat een paar maal de patiënte het eerst werd onderzocht bij een betrekkelijk vèr gevorderde zwangerschap en het bekkenonderzoek vernauwing aantoonde, terwijl de afloop van vorige baringen het inleiden van vroeggeboorte wenschelijk maakte. Indien in dergelijke gevallen de conjugata diagonalis minder dan 10 centimeter mat, besloot ik tot het inleiden der baring, ook al scheen het natuurlijk einde der zwangerschap niet ver meer verwijderd.

Van de vrouwen bij wie vroeggeboorte is opgewekt, zal deze een volgende maal bij n°. 35 en n°. 90 iets vroeger dienen te geschieden.

2°. Als methode wendde ik consequent die van Krause aan. Meestal verliepen eenige dagen voordat behoorlijke uteruscontracties begonnen. Tweemaal geschiedde dit vroeger. In het eene geval had de bougie de placenta geraakt en werd de partus nog denzelfden dag getermineerd, eens liep 2½ uur na het inbrengen van de eerste bougie vruchtwater af en volgden daarop spoedig weeën. In een derde geval werden bij het inbrengen eener 4e bougie op den vijfden dag onopzettelijk de vliezen gebroken en volgden daarna vrij goede uteruscontractie, zoodat dienzelfden dag de baring kon worden getermineerd. Dit wijst op den grooten invloed, dien het breken der vliezen op de weeënwerkzaamheid kan uitoefenen. Dat het bersten der vochtblaas dit effect niet altijd heeft, bewijst geval I, waar bij geringe ontsluiting vruchtwater afliep en het verschil in intensiteit der weeën in de eerste uren daarna niet groot was. Hoewel mijn waarnemingen ten gunste van den vliessteek als methode ter opwekking der baring kunnen worden uitgelegd, wensch ik mij toch nog gedurende een reeks van gevallen aan de bougie ter opwekking van vroeggeboorte te houden. Uit een paedagogisch oogpunt is de vliessteek zeker niet aan te raden. Wanneer men het behoud der vochtblaas steeds aanraadt en voortdurend wijst op de gevaren van het breken der vliezen in het ontsluitingstijdperk, is het opzettelijk breken der vliezen een inconsequentie, die den toeschouwer in de war brengt, en daardoor indirect veel kwaad doet.

De lange tijd, die verloopt tusschen het tijdstip, waarop men de

eerste bougie inbrengt en dat waarop krachtige uteruscontracties beginnen is ongetwijfeld een bezwaar. In de private praxis trachtte ik aan dat bezwaar tegemoet te komen door 's morgens een bougie in te brengen en die 's avonds te verwijderen Waren dan nog geen uteruscontracties begonnen, dan konden patiënt en accoucheur rustig slapen. Den volgenden morgen werd dan een nieuwe bougie ingebracht, die dan minder kans had te glijden in de gleuf door de vorige gemaakt. Waren tegen den avond uteruscontracties aanwezig, dan liet ik natuurlijk de bougie liggen.

3° In zeven der gevallen van partus arte provocatus werd kunsthulp verleend.

De forcipale extractie in Geval I — hoofd vóór den uitgang 12 uur nadat reeds volkomen ontsluiting bestond, zes uur na het geheel weggebleven zijn der weeën — zal wel niemand bedenking doen opperen.

Evenmin behoeft het kunstmatig termineeren der baring door versie en extractie in geval II (dwarsligging) en door extractie alleen in geval VI (uitgezakte navelstreng + twee voeten, bij 6—7 cM. ontsluiting) nader te worden toegelicht.

In geval III meende de assistent, die de baring leidde, drie kwartier na het breken der vliezen bij 6—7 cM. ontsluiting, de hoofdligging in een voetligging te moeten veranderen, omdat bij krachtige weeën het hoofd niet indaalde. De uitkomst, een moeilijke versie en de extractie van een asphyctisch kind, dat niet kon worden bijgebracht, stelde zijn verwachtingen te leur. Of bij afwachten het hoofd zou zijn ingedaald en een levend kind zou zijn geboren, is moeilijk te zeggen, misschien zou bij langer afwachten perforatie noodig zijn geweest, evenals bij de eerste baring. Bij deze patiënt (C. d. = 9 cM.) is het *vroeg* opwekken der baring zeker noodig.

In geval IV werd bij 7 cM. ontsluiting en bestaande stuitligging een voet afgehaald en de vrucht geëxtraheerd. Het feit, dat de vliezen reeds 12 uur te voren gebroken waren en de stuit nog hoog bleef staan, wettigde m. i. volkomen dezen door den assistent gedanen ingreep.

Twee gevallen vereischen echter nog eenige toelichting.

In geval VII waren bij het inbrengen der 4e bougie onopzettelijk de vliezen gebroken v.m. om 10 uur. Gedurende den dag waren de weeën niet zeer sterk. 's Avonds om 11 uur was er p. m. 7 cM. ontsluiting, stond het hoofd hoog, was er een caput succedaneum en verliep de pijlnaad dwars dicht bij het promontorium, terwijl verschil in niveau tusschen voorste en achterste wandbeen wezen op het mouleeren van den schedel. Ik wilde beproeven of bij dezen gunstigen stand den schedel in het bekken zou kunnen

TABEL VII. Partus arte provocatus.

	Register nummer.	Leeftijd	Para.	Vorige baringen.	Bekken.	C. d.	C. v.	Voorliggend deel.		Kunsthulp.	Toestand.	Sexe	Lengte.	Gewicht	Puerperium.
I	25	28 j.	I*a*		alg. vernauwd niet rachitisch (kyphoskoliose).	$9^3/_4$	8	A. a. r. v.	Na 3 dagen weeën, breken vliezen bij 4 cM. ontsluiting, *secundaire atonie.*	*Forceps.*	l.	m.	48	2710	⟨ 38°
II	17	34 j.	VIII	1e Spontaan kind l. 2e, 3e idem „ l. 4e, 5e, 6e, 7e, *Forc.* kinderen alle †	plat rachitisch.	10	8.5	*Dwarsl.*	Na 3 dagen weeën, bij volkomen ontsluiting breken de vliezen, *knie* ligt voor (nakomend hoofd gemakkelijk geëxtraheerd, kind niet asphyctisch.	*Versie* en *Extractie.*	l.	m.	50	3300	⟨ 38°
III	35	36 j.	II*a*	1e *Perforatie* van het levend kind.	plat rachitisch.	9	7.5	A. a. r.	Twee dagen zwakke weeën, daarna krachtig, bij 6 c.M. ontsluiting breken de vliezen, hoofd daalt niet in (moeilijke versie en extractie). Aan 't hoofd werd gecontroleerd de grootte der C. v. uit de drukpunten.	*Versie* en *Extractie*	asph. †	m.	51	2650	8e dag 38°8
IV	59	34 j.	V*a*	1e Spontaan † 2e idem ? † 3e Forceps. † 4e Versie. †	plat rachitisch.	10	8.5	*Billigging*	2 uur na 't inbrengen der 1e bougie breken de vliezen; daarop weeën. Na 12 uur bij 7 c.M. ontsluiting afhalen van de voet.	*Extractie.*	l.	vr.	52	3355	12e dag 38°3 (furunkel a/d anus).
V	72	33 j.	V*a*	1e Spont. vroegt. l. 2e Versie † 3e id.(klein kind) l. 4e id. id. l.	alg. vern. plat rachitisch.	9	7.5	A. a. r. v.	Na 6 dagen weeën, vruchtwater loopt af, daarna weeen krachtiger, sterke weeën volbrengen den partus in 20 uur. Sterk gemouleerd hoofd, (haemorrhagie p. p).	—	l.	m.	48.5	2750	6e dag 38.8
VI	83	25 j.	III*a*	1e Ontijdig, gemac. 2e *Versie* kind †	plat rachitisch.	$9^3/_4$	$8—8^1/_2$	*Voetligging*	Bij 't inbrengen der bougie *bloeding*, (laesie der placenta (na 3 uur weeën) *dwarsligging*, 6 uur daarna breken de vliezen bij 6—7 c.M. ontsluiting. *Volkomen voetligging met prolapsus funiculi.* 't Nakomend hoofd kostte moeite. *Schedeldeuk.*	*Extractie.*	asph. l.	m.	50	3040	4e dag 38°8 (Ol. ricini).
VII	81	40 j.	II*a*	1e *Forceps* kind †	plat rachitisch.	⟩ 9	⟨ 8	A. a. l.	Na 4 dagen, bij het inbrengen der 4e bougie, breken de vliezen bij 2—3 c.M. ontsluiting, 12 uur later bij 7 c.M. ontsluiting, *impressie van 't hoofd in 't bekken* (narcose, Hängelage). Daarna *forcipale extractie* van het geheel ingedaalde hoofd, (het hoofd gemouleerd, niet door de tang).	*Forceps* na impressie	l.	vr,	49	2450	⟨ 38°
VIII	90	33 j.	II*a*	1e *Forceps* (prolapsus funiculi) kind †	alg. vern. plat rachitisch.	$8^3/_4$	$7^1/_4$--7.5	A. a. r.	Na 4 d. volk. ontsl., 5 uur later worden vliezen gebroken, $7^1/_2$ uur later wordt in narcose en Hängelage gepoogd het hoofd in te drukken. Dit doet niet veel. Hooge tang (Breus) met matigen druk van boven bewerken de geboorte van 't kind. (Bij de sectie geen schedelverwondingen geconstateerd).	*Forceps* met impressie	l. na 8 d. † pneumonie.	vr.	50	3000	⟨ 38°

worden ingedrukt. Dit gelukte zonder narcose in Hängelage niet. Daarop narcotiseerde ik de patiënt. In narcose werd het hoofd spoedig in de holte van 't bekken gedrukt, en kon nu met het meeste gemak forcipaal geëxtraheerd worden.

In geval VIII was 5 dagen na het inbrengen der 1e bougie, onder nauwelijks merkbare weeën de ontsluiting volkomen geworden. 's Morgens 9.30 brak ik de vliezen, terwijl ik het hoofd op den bekkeningang liet fixeeren. 's Middags was het hoofd nog niet ingedaald. Ik had nu de keus tusschen keering of impressie van 't hoofd in narcose en „Hängelage" + forcipale extractie. Experimenti causa koos ik 't laatste. Hier was evenwel ook in narcose de impressie van 't hoofd in 't bekken niet zeer effectief, daarentegen kon met de voortreffelijke tang van Breus, zonder groote moeite het hoofd door den bekkeningang worden getrokken en met de tang van Naegele worden geëxtraheerd. Berouw over mijn keus had ik dus niet, maar ik zou niet durven zeggen, dat versie met extractie, 's morgens aangewend, niet een even goed succes zou hebben opgeleverd.

Extractie en Versie en Extractie.
(*10 gevallen*).

Geval I. Voetligging. n°. 83. Vr. R., 25 jaar, III-para. 1e partus gemac. kind, 2e versie dood kind, is dezelfde als n°. V der gevallen van partus arte provocatus. Het geval is hiervóór beschreven. Hier verdient vermelding: om 4.55 n.m. (29 Juli '99) breken de vliezen, ontsluiting p.m. 6.7 cM. *Twee voeten zakken uit met de niet sterk pulseerende navelstreng.* De vrouw wordt gelegd op de operatietafel. Extractie der vrucht (rug links) tot halverwege de romp. De achterste arm is opgeslagen en kan eerst na druk op den rechter schouder naar beneden gehaald en ontwikkeld worden. De linker arm kon hierna gemakkelijk ontwikkeld worden. Het hoofd werd met den Mauriceau-Levret'schen handgreep en druk van boven uit, met moeite ontwikkeld. De extractie duurde p.m. 10 minuten. Gedurende de extractie was de vrouw zeer onrustig: „vocht als een waanzinnige", waardoor de manipulaties zeer werden bemoeilijkt.

Het kind was asphyctisch, kwam echter bij en had een halfcirkelvormigen indruk op het rechter wandbeen, ter plaatse, waar dit het promontorium was gepasseerd (zie photo — fig. 1 — op pag. 71).

Geval II. n° 59. Vr. v. Z., 34 j., V-para, vier kinderen doodgeboren, is dezelfde als n°. IV der gevallen van partus arte provocatus. Hier verdient vermelding: De vrucht lag in stuitligging rug rechts. Bij 7 cM. ontsluiting (ongeveer 12 uur na het breken der vliezen in het begin der baring) wordt besloten een voet af te halen en in narcose zonder moeite de rechter voet te voorschijn gebracht.

De vrucht wordt verder geëxtraheerd, *de armen worden gemakkelijk ontwikkeld*. Hierna wordt de patiënt in „Hängelage" gebracht en door middel van den Mauriceau-Levret'schen handgreep en druk van boven, het hoofd *vlug* ontwikkeld. Het kind schreeuwt spoedig.

Geval III. n° 17. Vr. B., 34 jaar, VIII-para, 3 kinderen levend, de laatste vier forcipaal, dood, is dezelfde als n°. II der gevallen van partus arte provocatus, plat rachitisch bekken, C.d. 10. Hier verdient vermelding: 20. VI. 98 av. 9.30 volkomen ontsluiting, de vliezen breken, een knie ligt voor. Kort hierop wordt de rechter voet afgehaald en de vrucht geëxtraheerd. De armen geven geene, 't nakomende hoofd geringe moeite; met goed aangebrachten druk van boven passeert het zonder schade het bekken. 't Kind is niet asphyctisch en schreeuwt goed.

Geval IV. n°. 35. Vr. J., 36 jaar, II-para, plat rach. bekken, C.d. 9, vera 7.5—8. Eerste kind doodgeboren na perforatie van 't levende kind, is dezelfde als n°. III der gevallen van partus arte provocatus. Hier verdient vermeld te worden: Schedelligging rug naar rechts. De vliezen breken 5 Aug. '98 n.m. 8 uur bij pl. m. 6 c.M. ontsluiting en krachtige weeën. Na drie kwartier is het hoofd niet ingedaald en wordt versie gedaan. Na het afhalen van den voet gelukte het eerst onder krachtige hulp van buiten en toepassing van den dubbelen handgreep van Siegemundin om het hoofd van den bekkeningang weg te krijgen en de versie te volbrengen. Dit duurde ongeveer 20 minuten. Het afhalen der vrucht tot het hoofd ging vrij gemakkelijk. Het hoofd echter was eerst met krachtigen druk van boven en na patient in „Hängelage" gebracht te hebben *met veel moeite te ontwikkelen*. Het kind werd asphyctisch geboren, 't hart pulseerde nog, maar 't kind kon niet worden bijgebracht. (Lengte en afmetingen van 't kind zie pag. 68).

Op 't linker wandbeen is een half cirkelvormige *deuk*, lang 6 cM., breed 3.5 cM. De deuk verloopt van af één vingerbreedte afstand boven 't linker oor tot op één vingerbreedte afstand van de groote fontanel (die niet grooter is dan een stuivertje). De afstand die van den bodem der deuk naar de andere zijde van den schedel gemeten kan worden, en aangeeft met welke afmeting het hoofd de C. v. is gepasseerd, bedraagt 7.5 cM. Het rechter voorhoofdsbeen is geschoven onder 't linker, het rechter voorhoofdsbeen ligt onder het linker wandbeen, het linker wandbeen over 't rechter en onder 't achterhoofdsbeen.

Geval V. n° 37. Vr. W., 32 jaar, VI-para, opgenomen 22 Aug. 1898. Van rachitis niets bekend. 1e partus tangextractie, 2e partus idem, 3e partus versie, 4e partus natuurlijk afgeloopen, 5e partus

versie, alle kinderen zijn levend geboren. Laatste menstruatie 20 December 1897.

Lengte der vrouw 150 cM., nergens rachitische stigmata. Bekkenmaten: Omtrek 102 cM., D. sp. 27.5, D. cr. 28.5, D. tr. 32.5, D. B. 19, C. d. 10.5, diagnose *eenvoudig plat niet rachitisch bekken*. De afstand der tubera ischii bedraagt ruim 10 cM.

29 September 1898 v.m. 10 uur zwakke weeën, ontsluiting p. m. 4 cM., geen voorliggend deel, n.m. 12.15 breken de vliezen, helder vruchtwater loopt af. 1 u. n.m. volkomen ontsluiting, de schouder ligt voor. Om 2 uur wordt de versie verricht. Deze geschiedt, evenals de extractie zonder de minste moeite. Het kind leeft en schreeuwt onmiddellijk.

Het kind, vrouwelijk, is 47.5 cM. lang, 3010 gr. B. T. 8, B. P. 9, S. B. 10, S. T. 10.5, T. O. 11.25, M. O. 13.5. Aan den schedel werden geen naadverschuivingen of vormverandering geconstateerd. Het puerperium verliep ongestoord. Het kind werd gezoogd en woog bij het ontslag der moeder 3075 gram, minimum 4e dag 2860 gram.

Geval VI. n°. 69*a*. Vr. V., VIII-para, heeft in 7 maal 9 doode kinderen gebaard. 1e partus voor 12 jaar forceps, 2e versie, 3e forceps, 4e gemelli *a* hoofdligging, forceps, *b* stuitligging, forceps nakomend hoofd, 5e afgestorven kind, forceps?; 6e gemelli *a* versie, forceps nakomend hoofd, *b* forceps, 7e (20 Jan. 98) dwarsligging, hand zakt uit, versie, forceps nakomend hoofd; opgenomen 5 April '99, laatste menses begin Juli 98. Vermoedelijk tijdstip der bevalling tweede helft van April.

Lengte 150 cM. Bekkenmaten: omtrek 83, D. sp. 24, D. cr. 26, D. Tr. 22, D. B. 18, C. d. 9.5 cM.

Het beenstelsel is graciel, de sacraalwervels zijn alle te betasten. Diagn. *algemeen vernauwd plat* (rachitisch?) *bekken*. C. v. ongev. 8 cM.

8 Mei '99 lichte pijn, tegen den avond sterker. 10 uur. Uitw. ond.: hangbuik, nu en dan duidelijk merkbare uteruscontracties. Dwarsligging: hoofd rechts, lager dan de stuit, die links ligt. Kleine deelen in den fundus uteri, rug naar voren (?). Vruchtwater belet het duidelijk doorvoelen van den rug. Harttonen in 't midden 4 cM. onder den navel 't duidelijkst te hooren.

De uitwendige genitalia zijn gezwollen, voor- en achterwand der vagina puilen uit.

Inw. ond.: Ostium uteri heeft dikke randen, laat 2 vingers door, deze voelen een klein deel, dat zich beweegt (hand?).

11.30 Zwakke weeën, regelmatig om de 8 min., inw. ond. als voren.

2.30 pat. raakt een weinig bloederig slijm kwijt. Status idem.

9 Mei, v.m. 8 uur. Uitwendig ond.: hoofd ongeveer even hoog

als de stuit. Inw. ond.: uitpuilende vochtblaas, baarmoederlippen slap. Geen voorliggend deel.

9.30. Ontsluiting p. m. 6 cM. slappe randen.

1.30. Ontsluiting toegenomen tot 7—8 cM, *Versie.* Patiënt wordt op de operatietafel gelegd en genarcotiseerd. De rechter hand wordt gemakkelijk naar binnen gebracht, de vliezen worden gebroken, eerst wordt een arm aangehaakt, daarna de rechter voet, die naar buiten wordt gehaald. Onder lichte tracties draait de rug naar voren, de stuit wordt gemakkelijk naar buiten gebracht nadat de linker liesplooi is aangehaakt. Verdere extractie. De armen zijn opgeslagen. De rug staat geheel naar voren. Met moeite wordt eerst de linker arm te voorschijn gebracht, men hoort een fractuur ontstaan, daarna wordt met veel moeite de rechter arm ontwikkeld, waarbij de humerus breekt.

Hierna wordt het hoofd in „Hängelage", onder sterke tractie aan den nek en sterken druk op het hoofd door den nauwen bekkeningang gebracht en vervolgens met Mauriceau-Levret'schen handgreep zonder moeite ontwikkeld. 't Kind is asphyctisch, maar wordt in 5 minuten (warme en koude baden, Ahlfeld) bijgebracht.

Links is de clavicula gebroken, rechts de humerus.

De schedel van 't kind vertoont weinig of geen drukverschijnselen, alleen ligt het onderste gedeelte van de rechter helft van het achterhoofdsbeen boven 't os parietale.

De fractura humeri wordt in de chirurgische kliniek verbonden met stijfselverbanden. De fractura claviculae geneest spontaan. Na 4 weken was de consolidatie der humerusfractuur nog niet volkomen. Het puerperium verliep ongestoord (van 21e—26e dag diarrhoë).

Het kind, lang 51.5 cM. weegt 3640 gr. B. T. 9, B. P. 10.5, S. B.?, S. Fr. 12, F. O. 12.5, M. O. 13. Bij het ontslag der moeder 27e dag (wegens de fractuur) woog het kind 3320 Gr., minimum 6e dag 3170 Gram. Het werd door de moeder gezoogd. In de laatste week nam het gewicht iets af.

Geval VII. n°. 84. Vr. D., IV-para. Opgenomen 7 Juli 1899. Leerde eerst zeer laat loopen. 1e partus natuurlijk afgeloopen, mager kind, leefde, 2e forcipale extractie, dik kind, dood, 3e forcipale extractie, dik kind, dood. Laatste menstruatie 20 October 1898. Rachitische verkrommingen van tibia en femora, rozenkrans, sterke verkromming der claviculae. Sterke lordose.

Bekkenmaten: Omtrek 94, D. sp. $26^3/_4$, D. cr. 26, D. Tr. 32.5, D. B. 18, C. d. 9.5—$9/^3_4$. Het promontorium is gemakkelijk te bereiken, de geheele bekkeningang kan worden vervolgd met één vinger. Het sacrum is sterk gekromd. Alle sacraalwervels kunnen worden betast. Diagnose *algemeen vernauwd, plat rachitisch bekken.*

Conj. vera $\rangle$ 8 cM. De fundus uteri staat 16.5 cM. boven den navel. De zwangerschap is waarschijnlijk tot de 38e week gevorderd.

30 Juli n.m. 7.30 wordt patiënt, die den geheelen dag pijn heeft gehad, doch dat opzettelijk verzweeg, verrast door het afloopen van veel vruchtwater. Zij loopt de trap af naar de verloskamer en waarschuwt de zuster. Dr. Noordhoff, juist aanwezig, onderzoekt de patiënt, terwijl voortdurend veel vruchtwater afloopt, en constateert 1e *schedelligging*, hoofd boven den bekkeningang. Harttonen duidelijk. Bij inwendig onderzoek vindt hij de vagina vol met uitgezakte navelstrenglissen, de ontsluiting is voldoende om versie te doen. Pat. wordt onmiddellijk op de operatietafel gelegd. Terwijl Dr. N. zich desinfecteert wordt de pat. genarcotiseerd en om meerdere hulp gezonden, die echter te laat komt. Met de linkerhand wordt het hoofd opzij geschoven, en een knie (de linker) afgehaald. De omdraaiing der vrucht geschiedde zeer gemakkelijk. Het doen indalen van 't bekken kostte veel moeite. Het rechter (voorste) been was langs het bekken geheel opgeslagen. Na het ontwikkelen van den stuit draait de rug naar voren. De romp van het kind wordt spontaan uitgedreven, de navelstreng klopt niet meer. De linker arm is in den nek opgeslagen, daarom wordt eerst de rechter (voorste) arm ontwikkeld, waarbij de clavicula breekt. Het ontwikkelen van den linkerarm geschiedt met veel moeite. De mond van 't kind is niet te bereiken. Het gelukt door trekken aan de schouders en oplichten der beenen (de z.g. omgekeerd Praag'sche handgreep) het hoofd door den bekkeningang te trekken, terwijl de (zwakke) verpleegster uitwendig op het hoofd drukt. De extractie alleen heeft p. m. 25 à 30 minuten geduurd. Het hart pulseert nog even, maar 't kind kan niet worden bijgebracht, ondanks alle pogingen. Haemorrhagie 1 uur p. p. nadat de placenta reeds lang verwijderd was. Door compressie en ergotine-injectie wordt de bloeding gestelpt. Het puerperium werd niet gestoord.

Het kind, mannelijk, is 53 cM. lang en 3700 gr. zwaar. B. T. $7^1/_4$, B. P. 8.5, S. B. $9^3/_4$, S. F. 10, F. O. 11.5, M. O. 13 cM. De linkerzijde van 't hoofd is duidelijk afgeplat. Het linker wandbeen is zoowel onder 't achterhoofdsbeen als onder 't linker voorhoofdsbeen verschoven.

Geval VIII. n°. 9. Vr. B., 23 jaar, IV-para. Opgenomen 28 Dec. 1897. 1e partus: tangextractie mislukt, perforatie van 't doode kind, 2e partus: tangextractie, kind dood, 3e partus: tangextractie mislukt, 't kind werd natuurlijk geboren, leefde 1 uur, laatste menstruatie 22—24 April. Rachitische verkromming der tibiae.

Bekkenmaten: D. sp. 24.5, D. cr. 27.5, D. troch. 31, C. B. 18,

C. d. 10 cM. Het sacrum is naar voren convex. Diagnose *plat rachitisch bekken.* Conj. vera 8,5 cM.

14, 2, '98 begin der weeën v.m. 4 uur. Om 5 uur ontsluiting p. m. 4 cM., zwakke weeën om 't kwartier, v.m. 10 uur hoofd bewegelijk op den ingang, rug naar links. Bijna volkomen ontsluiting, de vochtblaas puilt uit.

Prophylactische versie. De vliezen worden met de linker hand gebroken en een rechter voet afgehaald. De tronk volgt gemakkelijk, de armen worden zonder eenige moeite ontwikkeld. De vrouw wordt in „Hängelage" gebracht en 't nakomend hoofd zeer gemakkelijk ontwikkeld. Het kind (vr.) schreeuwt goed.

Lengte 49 cM., Gew. 2960 Gr. B. T. 8, B. P. $9^1/_4$, S. B. 9, T. O. 11.5, M. O. 12 cM. Het hoofd is klein en rond.

Het puerperium werd gestoord door een *parametritis*, waarbij geruimen tijd de temperatuur tusschen 38° en 40° schommelde. Na 3 weken werd de patiënt naar de gynaecologische afdeeling getransporteerd en eerst na eenige weken hersteld ontslagen.

Geval IX. n°. 31. G. Z., 28 jaar, II-para, heeft in de jeugd rachitis gehad. De eerste partus is vóór ruim een jaar door perforatie van 't levende kind getermineerd.

Patient wordt 8 Juli als parturiens opgenomen, laatste menstruatie October '97. Lengte der vrouw 140 cM. Bekkenmaten: omtrek 84, D. sp. 23.5, D. cr. 25.5, D. tr. 29.5, D. B. 17.5, C. d. > 10. Diagnose *algemeen vernauwd plat rachitisch bekken.* Conj vera 8.5 c.M.

8 Juli v.m. 10.30 ingekomen. Volgens pat. is 's avonds te voren „water" afgeloopen. Bij inwendig onderzoek p. m. 2 cM. ontsluiting, staande vliezen. De weeën zijn zwak. Uitw. ond: Hoofd iets ter zijde van 't bekken afgeweken, rug rechts. N.m. 6 uur. De ontsluiting is ongeveer $5^1/_2$ cM., het hoofd staat bewegelijk, de pijlnaad verloopt van links voor naar rechts achter, het naar voren gelegen wandbeen schuift onder 't naar achtergelegene. Om 10 uur ruim 7 cM. ontsluiting, staande vliezen. Om 11 uur *prophylactische versie* bij p. m. 8 cM. ontsluiting. Romp en armen worden zonder moeite ontwikkeld. Het ontwikkelen van 't hoofd kostte eenige moeite.

't Kind (vr.) is lang 56 cM., weegt *4650* gram. B. T. 8.5, B. P. 8.5, S. B. 11, S. F. 11, F. O. 11.5, M. O. 14. Van den schedel is niets bijzonders genoteerd. 't Kind wordt gezoogd en groeit sterk. 20e dag 5350 gram, minimum 2e dag 4490 gram. Puerperium ongestoord.

Geval X. n°. 7. Vr. B., IV-para. Opgenomen 25 Nov. '97; in de jeugd rachitis, leerde eerst met 3 jaar loopen. 1e Partus spontaan, vrucht niet geheel voldragen, heeft 3 minuten geleefd, 2e spontaan, duur der baring 36 uur, kind doodgeboren, 3e duur 36 uur tang-

TABEL VIII. **Extractie, Keer**

Geval.	No.	Para.	Vroegere baringen.	Bekken.	C. d.	Opg. baring.	Voorliggend deel.	Breken de vliezen.
I	83	III*a*	1e gemac. 2e †	plat rach.	$9^3/_4$ (v. 8—8.5)	P. a. prov.	2 Voeten + navelstreng.	bij 6 c.m. vóór 5 mi
II	59	V*a*	4 k. alle †	plat rach.	10 (v. 8.5)	P. a, prov.	Stuit.	bij 7 c.m.
III	17	VIII*a*	3 k. l. 4 k. †	plat rach.	10 (v. 8.5)	P. a. prov.	Knie.	volk. ontsluiting.
IV	35	II*a*	1e k. †	plat rach.	9 (v. 7.5—8	P. a. prov.	Hoofd.	6 c.m. vo $^3/_4$ uur.
V	37	VI*a*	5 k. alle levend	plat.	10.5 (v. $8^3/_4$—9	—	Schouders.	bij volk. ontsluiting vóór 1 uur
VI	69*a*	VIII*a*	9 k. alle † (2 maal gemelli).	alg. vern. plat rach.	9.5 (v. 8)	—	geen (dwarsl.).	staan b 7 c.m.
VII	84	IV*a*	1e k. l. 2e k. †	alg. vern. plat rach.	9.5—$9^3/_4$ (v. ⟩ 8)	—	Schedel. (prot. funiculi).	vóór 10 mi bij 6 c.m.
VIII	9	IV*a*	3 k. alle †	plat rach	80 (v. 8.5).	—	Schedel.	staan (7 c.m
IX	31	II*a*	1 k. †	alg vern. plat rach.	$10^1/_4$ (v. 8.5—$8^3/_4$).	—	Schedel.	staan (7 c.m
X	7	IV*a*	3 k. alle †	plat rach.	10.5 (v. $8^3/_4$—9	—	Schedel.	gebroken volk. ontsluiting.

extractie, kind dood. Pat. volgde, toen ik den dienst der afdeeling overnam (19 Januari '98) eene diëetkuur sints 25 November, waarmede zij voortging tot den datum harer bevalling (10 Februari). Lengte der vrouw 147 cM. Bekkenmaten: omtrek 89, D. sp. 25, D. cr. $26^3/_4$, D. tr. 30, D. B. 18.5, C. d. 10.5. Voorvlakte van 't sacrum afgeplat. Diagnose *plat rachitisch bekken*. Conj. vera $8^3/_4$ —9 cM.

10 Febr. '98. av. 10 uur komt pat. zich melden als parturiëns; volkomen ontsluiting, vliezen gebroken. Kind in 2e schedelligging, hoofd rechts boven den bekkeningang. 11 uur versie. Met de rechterhand wordt de linker voet afgehaald. De keering en ontwikkeling der vrucht volgden vrij snel tot het hoofd. Met behulp van drie assistenten, die van boven drukken, wordt 't hoofd in „Hängelage" met moeite ontwikkeld. 't Kind is asphyctisch, na verloop van p. m. 15 minuten schreeuwt het voldoende.

't Kind — mannelijk — 51 cM., 4050 gram. B. T. 9, B. P. 10.5, S. B. 10.5, T. O. 12, M. O. 13.5 cM., sterft den 3en dag. Bij sectie worden gevonden: „subdurale bloedingen in hersenen en ruggemerg als gevolg van schedelverwonding gedurende den partus". Het puerperium was ongestoord.

Uit deze geschiedenissen en de bijgevoegde tabel blijkt, dat

Extractie.

...ëen.	Omdraaiing der vrucht.	Ontwikkeling der armen.	Ontwikkeling van 't hoofd.	Toestand.	Geslacht	Lengte.	Gewicht.	
...ak.	—	acht. arm opgeslagen.	moeilijk schedeldeuk.	asph. l.	m.	50	3040	Schedel impressie, zie photo. Mauriceau-Levret + *sterke druk*.
...ak.	afhalen voet gemakkelijk.	gemakkelijk.	niet moeilijk.	l.	vr.	52	3350	Mauriceau-Levret + *druk*.
...et ...erk.	gemakkelijk.	gemakkelijk.	geringe moeite	l.	m.	50	3300	idem idem.
...rij ...rk.	moeilijk (dubb. handgreep).	vrij gemakkelijk.	zeer moeilijk.	asph. †.	m.	51	2650	Mauriceau-Levret + *krachtige druk*.
...iet ...rk.	gemakkelijk.	gemakkelijk.	gemakkelijk.	l.	vr.	47.5	3010	Maurice-Levret.
...ak	gemakkelijk.	zeer moeilijk. fract. clav. l. fract. hum r.	moeilijk.	asph. l.	m.	51.5	3610	Onder sterke tractie + druk door de bekkeningang, met Mauriceau ontwikkeld.
...et ...rk.	moeilijk.	moeilijk (fr. clavic.).	zeer moeilijk.	asph. †	m.	53	3700	Gebrekkige hulp, nak. hoofd. Omg. Praag'sche handgreep, haemorrhagie 1 uur p. p.
...iet ...rk.	gemakkelijk.	gemakkelijk.	gemakkelijk.	l.	vr,	49	2960	In puerperio parametritis.
...ak.	gemakkelijk.	gemakkelijk.	eenige moeite.	l.	vr.	56	4650	Haemorrhagie p. p.
...ak.	gemakkelijk.	gemakkelijk.	veel moeite	l. na 2 d. †	m.	51	4050	Mauriceau + *sterke druk*. Kind na 2 d. † hersenbloeding door schedellaesie.

tweemaal extractie en achtmaal keering en extractie werd gedaan. In drie dezer acht gevallen lag de vrucht dwars, in vijf gevallen lag het hoofd voor, eenmaal met een uitgezakte navelstreng. In vier gevallen was dus de keering geïndiceerd door omstandigheden, die ook zonder bekkenvernauwing tot het doen der keering zouden doen besluiten.

In de overige vier gevallen werd z.g. „prophylactische keering" gedaan. Tweemaal waren de vliezen gebroken, tweemaal geschiedde de keering bij staande vliezen. Naar ik meen behoort men deze twee soorten van gevallen van elkander te onderscheiden. Wanneer men, de aanwezigheid eener bekkenvernauwing geconstateerd hebbende, bij staande vliezen keert, doet men dit eigenlijk nog zonder dat indicatie bestaat, alleen omdat men, te recht of ten onrechte, meent dat de prognose beter is, wanneer men ingrijpt, dan wanneer men den verderen loop der baring afwacht.

Wanneer men keert, nadat de vliezen gebroken zijn, voldoet men aan een duidelijke indicatie — het niet indalen van het hoofd — hetzij door weeënzwakte, hetzij door een ongunstigen stand van 't voorliggende deel. De laatste wijze van handelen is volkomen gerechtvaardigd, de eerste eigenlijk niet voldoende gemotiveerd. Niets verbiedt om het breken der vliezen af te wachten, resp. bij vol-

komen ontsluiting de vliezen te breken en na te gaan wat hierna zal geschieden. Door af te wachten zal men het aantal natuurlijk afloopende baringen zien toenemen. Dat het voorafgaande hoofd minder geschikt is om door het nauwe bekken te gaan, dan het nakomende (J. Y. Simpson) wordt steeds minder algemeen geaccepteerd [1]), nu men den gunstigen invloed van het asynclitisme meer en meer leert waardeeren.

De leer dat men ook bij staande vliezen keeren mag — een tijd lang was het bijna, keeren moet — heeft geleid tot grove misbruiken. Gevallen dat een verloskundige, die een promontorium gevoel heeft, bij 6, bij 5, misschien bij nog minder ontsluiting keerde, „omdat het bekken vernauwd was", zijn ook nu nog niet zoo heel zeldzaam en leverden vele teleurstellingen. Hiertegen op te komen schijnt mij plicht. Wacht men het breken der vliezen af, dan voorkomt men het grootste deel dezer ongemotiveerde ingrepen.

Ik zou de uitdrukking „prophylactische versie", die verwarring sticht, omdat men daaronder zoowel kan verstaan het keeren na, als het keeren vóór het breken der vliezen, liever willen vermijden en alleen wenschen gesproken te zien van een keering, wegens het niet indalen van den voorliggenden schedel na het breken der vliezen en volkomen of bijna volkomen ontsluiting.

Of dan juist altijd keering behoort te geschieden is een andere vraag. Het indrukken — geheel of gedeeltelijk van het hoofd in het bekken in narcose en „Hängelage", het appliceeren daarna van de tang van Breus, leverde mij resultaten op, gunstig genoeg om in deze richting voorttegaan. Door de combinatie „Hängelage" en astractietang ('t zij die van Tarnier, van Simpson, van Breus of eenige andere) is in de behandeling van 't hoogstaand hoofd zonder twijfel een belangrijke vooruitgang gekomen. Technisch is evenwel deze handelwijze moeilijker en vereischt zij meer geschoolde assistentie dan de keering, die bij pas afgeloopen vruchtwater zoo gemakkelijk is en bij de extractie ook minder geoefende assistentie dankbaar doet aanvaarden.

Slechts éénmaal (Geval IV) bood de keering belangrijke moeilijkheden wegens krachtige weeën, reeds drie kwartier na het breken der vliezen.

Dat de extractie nu en dan moeilijk was, is te begrijpen, wan-

---

[1]) Men vergelijke o. a. de oudere drukken van Schroeder's handboek met den nieuwsten druk, die — jammer genoeg — niet meer Schroeder's naam draagt. In de oudere drukken wordt Simpson's opvatting volkomen gedeeld, in de laatste wordt zij „nicht ganz unrichtig" genoemd.

neer men de soms zeer belangrijke vernauwing van 't bekken vergelijkt met het gewicht der kinderen; zoo gaf de ontwikkeling der armen tweemaal tot fractura claviculae, eens tot fractura humeri aanleiding, de ontwikkeling van 't nakomend hoofd tweemaal tot een indruk op het wandbeen door het promontorium.

De uitkomst, 7 kinderen — van de tien — levend met de moeder ontslagen, geeft reden tot tevredenheid.

Forcipale extractie (7 *gevallen*).

Viermaal werd bij bekkenvernauwing de tang aangelegd, nadat de partus kunstmatig was opgewekt. Driemaal was de baring spontaan begonnen. Vier der patiënten waren primigravidae, drie multiparae. Tweemaal stond het hoofd vóór den uitgang, eens in de bekkenholte (laagste plaats van het hoofd in de interspinaallijn), tweemaal vast in den bekkeningang, tweemaal bewegelijk op den ingang, en geschiedde het aanleggen van de forceps nadat het hoofd min of meer diep in het bekken was ingedrukt. In de vier laatste gevallen werd het hoofd geëxtraheerd met de tang van Breus.

De gevallen zijn de volgende:

Geval I. n° 25. J. M., 28 jaar, I-para, kyphoskoliosis dorsalis, schedelasymmetrie, algemeen vernauwd plat bekken. C. d. 9³/₄, is als geval I onder die van partus arte provocatus beschreven. In 't begin der baring liep vruchtwater af, na 24 uur bestond volkomen ontsluiting: pijlnaad van links achter naar rechts vóór (aldaar kleine fontanel), hoofd diep in 't bekken. De weeën houden op, na 12 uur *forcipale extractie*, tang van Naegele in de rechter schuinsche afmeting, hoofd zonder moeite ontwikkeld, gemakkelijke extractie.

Geval II. n° 88. Vr. B., 29 jaar, I-para. Algemeen vernauwd bekken: kleine vrouw, graciel gebouwd, D. sp. 23, D. cr. 25.5, D. tr. 30; D. B. 19. Als parturiens opgenomen 14/9 '99. Een dag lang heeft pat. pijn gehad, in den vroegen morgen van 14/9 liep vruchtwater af, 4 cM. ontsluiting, het hoofd is weinig ingedaald, vruchtwater met meconium loopt af, harttonen duidelijk, regelmatig, frequent. Na eenige uren is de ontsluiting 4—6 cM. hoofd dieper ingedaald, voorlip oedemateus, geen behoorlijke weeën, wel voortdurende pijnlijkheid.

Na opname in de kliniek 's av. 6 uur (pols 56, temp. 36.8) perst pat. voortdurend, harttonen wat langzaam, maar duidelijk; ontsluiting en stand van het hoofd zijn als boven, duidelijke zwelling van de voorlip der baarmoeder; av. 11 uur, uitw. status idem, inwendig ontsluiting 6—7 cM. na 't oedeem te hebben weggemasseerd. Hoofd ingedaald, kleine fontanel links vóór, achterhoofd onder de wandbeenderen geschoven. De vliezen bedekken 't hoofd, worden

verscheurd. Wegens 't oedeem der voorlip, verminderde frequentie der harttonen en wegens vermoedelijk algemeen te klein bekken en te verwachten lange duur van den partus wordt besloten tot *forcipale extractie.*

Tang van Naegele in de linker schuinsche afmeting: onder lichte tracties draait 't hoofd met het achterhoofd naar vorèn, met langzame tracties wordt het tot halfweg buiten de vulva gebracht, hierop wordt de tang afgenomen en door druk op 't perineum posterius het aangezicht over 't perineum ontwikkeld. De verdere extractie geschiedt zonder moeite. 't Kind schreeuwt zoodra de thorax geboren is. Bij inspectie van de vulva blijkt dat een kleine perineaalruptuur is ontstaan, dat er een bloedende wond is ter zijde van de clitoris en dat een gedeelte van de voorlip der baarmoeder ingescheurd en in de vulva zichtbaar is. De wond in de nabijheid van de clitoris wordt omstoken, de perineaalruptuur gehecht.

't Hoofd heeft bijna geen caput succedaneum. Het achterhoofdsbeen is onder beide wandbeenderen verschoven, het rechter wandbeen *onder* 't linker, 't rechter voorhoofdsbeen ook *onder* 't linker.. De beide voorste beenderen liggen onder de wandbeenderen.

't Kind — mannelijk — lang 48.5 cM., weegt 2800 Gram. B. T. 8.5, B. P. 9.5, S. B. 9.5, S. T. 10.5, T. O. $12^1/_4$, M. O. $13^1/_4$, wordt door de moeder gezoogd. Gewicht bij ontslag 13e dag 2890 gram, minimum 3e dag 2650 gram. Puerperium ongestoord.

Geval III. n°. 94. Vr. J., 29 jaar, I-para. Opgenomen 13 October '99, rachitis? graciel gebouwd, geen rachitische stigmata. Laatste menses November? 98. Lengte der vrouw 149 cM. Bekken: omtrek D. sp. 25, Cr. 27, Tr. 29.5, D. B. $18^1/_4$, C. d. $9^3/_4$.

Linea terminalis met één vinger van 't promontorium tot de symphysis te vervolgen. Voorvlakte van het sacrum biconcaaf. Diagnose *algemeen vernauwd plat*, *niet rachitisch bekken.* Conj. vera 8—$8^1/_2$ cM.

Fundus uteri staat 16 cM. boven den umbilicus. Kleine deelen links van den fundus, rug rechts, harttonen rechts, hoofd vast op den ingang. Buikomvang 90 cM. Weinig vruchtwater. Inw. portio vaginalis 1 cM. lang, conisch, ost. ext. gesloten, hoofd op of even in den ingang, een weinig bewegelijk. De kleine fontanel is te bereiken, staat rechts dicht bij den bekkenwand.

Zwangerschap vermoedelijk tot de laatste maand gevorderd.

15/10 begint pat. over pijn te klagen, lichte uteruscontracties, inwendig begint de p. v. te verstrijken, de b.m.mond laat vingertop door, die door 't korte halskanaal op vliezen komt. Hoofd op den ingang, pijlnaad van links voor, naar rechts achter.

17/10. Ontsluiting bestaat ter grootte van $1^1/_2$ cM. Geen of weinig weeën.

19/10 *v.m. 10 uur* ontsluiting 2 cM., hoofd staat vast op den bekkeningang, *n.m 6 uur*, de weeën zijn in intensiteit toegenomen, ontsluiting 4—5 cM. vochtblaas puilt uit; *n.m. 10 uur*, uitwendig is 't hoofd niet merkbaar dieper gekomen, links boven den bekkeningang voelt men voorhoofd en kaak. Harttonen normaal, weeën tamelijk krachtig.

Inw. ontsluiting 6—7 cM., randen dun, sterk uitpuilende vochtblaas, die breekt bij het onderzoek, een geringe hoeveelheid helder vruchtwater loopt af. 't Hoofd staat iets dieper, vast, pijlnaad van rechts achter naar links voor, *kleine fontanel rechts achter te voelen, groote fontanel niet te bereiken.* 't Naar voren liggende wandbeen is geschoven onder 't naar achter gelegen wandbeen.

20/10 's nachts 2 uur, krachtige weeën om de 6—7 minuten. Pat. kan niet wateren, het gelukt evenmin met een dunnen, als later met een dikken Nélaton'schen katheter de blaas te ledigen. Bij deze pogingen komt een weinig bloed uit de urethra. 5 uur. Het gelukt evenmin de blaas met een mannenkatheter te ledigen. Het hoofd is dieper gekomen, ontsluiting 7 cM., pijlnaad tusschen dwarsche en rechter schuinsche afmeting. Caput succedaneum bedekt de kleine fontanel.

V. m. 9 uur. Harttonen goed, weeën minder krachtig, sterk gevulde blaas uitwendig zichtbaar. 't Hoofd staat met 't laagste punt onder de interspinaallijn, pijlnaad bijna dwars, iets meer naar achteren. Voorste wandbeen geschoven onder 't achterste, kleine fontanel rechts iets naar achteren, achterhoofdsbeen vrij sterk onder beide wandbeenderen. Bijna volkomen ontsluiting. Uitwendig voelt men nog duidelijk een deel van 't hoofd. De lediging der blaas gelukt evenmin met een Nélaton als met een metalen katheter. Besloten wordt wegens de ischurie den partus te termineeren. Om 10.30 *forcipale extractie.*

Tang van Naegele in de rechter schuinsche afmeting. Bij 't inbrengen loopt meconium af, het sluiten kost geen moeite. Gedurende eenige minuten worden in benedenwaartsche richting tracties gedaan, totdat 't hoofd merkbaar dieper komt. Hierna wordt zeer gemakkelijk de spildraai volbracht, en 't hoofd langzaam naar buiten gebracht. Kleine perineaalruptuur die met eene hechting volkomen gesloten wordt. 't Asphyctische kind wordt na eenige minuten (koud en warm bad, borstelen, Schultze) bijgebracht.

Na 5 minuten wordt de losliggende placenta verwijderd, eenige bloeding.

Het hoofd heeft de volgende afmetingen: B. T. 8 B. T., $8^3/_4$, S. B. $10^1/_4$, F. O. 13, M. O. *14.5* cM. Het achterhoofd is zeer lang uitgerekt, het caput succedaneum bevindt zich op de streek der

kleine fontanel. De linkerhelft van 't hoofd is duidelijk afgeplat. Beide voorhoofdsbeenderen zijn in 't mediale gedeelte geschoven onder de beide wandbeenderen, de laterale deelen steken over de wandbeenderen heen. Rechter voorhoofdsbeen en rechter wandbeen liggen hooger dan linker voorhoofdsbeen en linker wandbeen. Het achterhoofdsbeen ligt onder 't geheele linker en onder de bovenste helft van 't rechter wandbeen.

Duidelijke indrukken van den tang.

De indruk van den linker lepel loopt van onder de linker tuber frontale over linker oog, linker wang, langs 't oor weer naar boven, het linker boven ooglid is blauw en gezwollen. Van den rechter lepel zijn geen duidelijke sporen zichtbaar.

In 't linker boven ooglid ontwikkelde zich een haematoom, dat na een paar dagen doorbrak en zonder stoornis genas. Rechts ontstond een exophthalmos, die later terugging, maar toch troebeling der cornea had teweeggebracht. Gedurende eenigen tijd werd het kind in de inrichting voor ooglijders poliklinisch behandeld.

Het kind, mannelijk, was 53.5 cM. lang, 3340 Gram zwaar en werd gezoogd.

Het puerperium werd niet gestoord.

Geval IV. n°. 60. H. B., 20 jaar, I-gravida, opgenomen 3.1.99. Van rachitis blijkt uit de anamnese niets. Laatste menstruatie begin Mei 1898.

Lengte der vrouw 1.52 cM. Bekkenomtrek 92, D. sp. 24.5, D. cr. 27, D. tr. 32, D. B. 18$^1/_4$, C. d. > 9.5 cM., diagnose *plat, niet rachitisch bekken.*

Begin der baring 9 Febr. 1e schedelligging, hoofd bewegelijk op den ingang, vermoedelijk weinig vruchtwater. Na *4 dagen* is de ontsluiting 4—5 cM. geworden, na *6 dagen* 7—8 cM. ontsluiting, hoofd vast op den ingang. De vliezen worden gebroken 15 Febr. v. m. 9 uur. Om 2 uur n.m. was het hoofd weinig ingedaald. Pijlnaad dwars, kleine fontanel links.

Forcipale extractie — tang van Breus — in narcose en „Hängelage". Het inbrengen der lepels kostte eenige moeite. Het hoofd werd goed gevat en ging vrij gemakkelijk door den bekkeningang. Nadat 't hoofd in de bekkenholte is gekomen, wordt de tang meer dwars over den schedel aangelegd en het hoofd geroteerd. De extractie geschiedde verder onder langzame tracties gemakkelijk. Het kind schreeuwt onmiddellijk. Het hoofd is lang uitgerekt, heeft een groot caput succedaneum en enkele excoriaties. Het — vrouwelijke — kind is lang 48.5, cM. 2760 Gram zwaar. Schedelmaten: B. T. 8, B. P. 8.5, S. B. 8.5, S. F. 10$^1/_4$, F. O. 11, M. O. 12 Het caput

succedaneum breidt zich uit van de groote fontanel tot over de kleine, van af het linker tuber parietale tot een vingerbreedte van het rechter tuber parietale. Beide voorhoofdsbeenderen liggen even hoog en onder beide wandbeenderen, het (rechter) voorste wandbeen ligt onder het achterste (linker) wandbeen. Het achterhoofdsbeen ligt onder 't rechter wandbeen, en onder de bovenste helft van 't linker wandbeen maar boven de onderste helft. Op het linker wandbeen is een roode plek ter grootte van een kwartje en een ondiepe komvormige indruk van 't promontorium.

't Kind werd gezoogd en woog bij het ontslag der moeder (14^e dag) 2890 Gram (minimum 3^e dag 2550 Gram).

Geval V. n^0. 69*b*. Vr. L., IX-para, 3 abortus, 5 kinderen alle „verkeerd", door keering? levend geboren, ingekomen als parturiëns 12 April 1899, rachitis in de jeugd?

Lengte der vrouw 150. Bekkenmaten. Omtrek D. sp. 24$^3/_4$. D. cr. 27, D. tr. 30, D. B ⟨ 18, C. d ⟨ 40. 't Promontorium staat laag, het is zeer gemakkelijk te bereiken, alleen de bovenste sacraalwervels kunnen betast worden.

Diagnose plat rachitisch bekken, C. v. 8.5 cM.

Bij opname 12/4 v. m. 12 uur: Hangbuik. Ontsluiting 5 cM., hoofd bewegelijk, ontsluiting 4 cM., pijlnaad dwars dichter bij 't promontorium dan bij de symphysis pubis, groote fontanel links, kleine niet te bereiken. Uit de vagina komt muco-pus. Vaginaalirrigatie; av. 7.30, temp. 37.4, pols 120, weeën regelmatig, doch zwak. Hoofd vast op den bekkeningang. Bij pogingen om 't hoofd in den ingang te drukken blijkt dat 't duidelijk dieper daalt. Av. 10 uur: de uitwendige genitalia worden oedemateus, zwelling der baarmoedermondsranden. Hoofd wat dieper ingedaald kleine fontanel 't diepst, groote niet meer te bereiken. Pijlnaad bijna dwars. *Wegens opgetreden oedeem* forcipale extractie. Tang van Breus eerst dwars, later in de rechter schuinsche afmeting. Extractie vrij gemakkelijk. 't Kind opent de oogen, is cyanotisch, ademt eerst na verwijdering van slijm uit mond en neus, warme en koude baden.

De linker helft v. h. hoofd (de voorste) is iets afgeplat, linker voorhoofdsbeen en wandbeen geschoven onder rechter voorhoofdsbeen en wandbeen. Het caput succedaneum bedekt het achterste gedeelte van 't linker wandbeen. Op 't linker wandbeen vlak achter den kroonnaad is een roode plek ter grootte van een halve gulden (druk van de symphysis). Het rechter voorhoofdsbeen staat onder, het linker dito even hoog als 't wandbeen van dezelfde zijde, behalve op de plaats waar de symphysis het wandbeen iets onder het voorhoofdsbeen heeft gedrukt. Op het rechter voorhoofdsbeen en den neusrug is een geringe excoriatie van de tang.

Het — vrouwelijk — kind, lang 52 cM., zwaar 4450 gram, heeft de volgende schedelmaten: B. T. 8$^1/_2$, B. P. 8$^3/_4$, S. B. 9$^3/_4$, S. F. 11$^1/_4$, F. O. 11$^1/_4$, M. O. 13. Het wordt gezoogd en weegt bij het ontslag der moeder (15^e dag) 3390 gram. Minimum 4^e dag 3210 gram.

Puerperium, 2^e dag 38.2, verder $<$ 38^0, Pols 80—95. Gedurende 8 dagen diarrhoe, daarna steeds euphorie.

Geval *VI.* n^0. 81. 40 j., II-para. 1^e partus forceps dood kind, is dezelfde als n^0. VII der gevallen van partus arte provocatus. Hier verdient vermelding: de vierde bougie (4^e dag v.m.) perforeert de vliezen, daarna weeën, 's avonds 11 uur darmlissen vóór den uterus, kleine deelen in fundo. Harttonen van de vrucht regelmatig, duidelijk, 120. Hoofd boven den bekkeningang. Inw. ond., Hoofd niet vast, niet ingedaald, flink caput succedaneum, ontsluiting p. m. 7 cM. Pijlnaad dwars, nabij het promontorium, kleine fontanel links achter, groote fontanel rechts achter, groot verschil in niveau tusschen voorste en achterste wandbeen. Bij uitwendigen druk op 't hoofd komt de groote fontanel dieper. Patiënt wordt in „Hängelage" gebracht. Pogingen om 't hoofd in 't bekken in te drukken mislukken aanvankelijk. Zij worden herhaald in narcose. Na een flinken druk van ongeveer 1$^1/_2$ minuut is het hoofd voor 't grootste gedeelte in de bekkenholte gedrukt.

De harttonen blijven even frequent en duidelijk.

Na het indrukken van het hoofd wordt de *tang* aangelegd in de linker schuinsche afmeting, onder lichte tractie de rotatie verricht en zonder moeite 't hoofd ontwikkeld. Geen ruptura perinei. De verdere extractie geschiedt zonder moeite. 't Kind schreeuwt spoedig, is vrouwelijk, lang 49 cM., zwaar 2450 gram. B. T. 7.5, B. P. 8$^1/_4$, S. B. 9$^1/_4$, S. F. 10.5, F. O. 11$^1/_4$, M. O. 12.5.

Hoofdgezwel op 't rechter wandbeen. Rechter wandbeen boven het linker en het achterhoofdsbeen. 't Linker voorhoofdsbeen ligt boven 't rechter; 't linker wandbeen onder 't achterhoofdsbeen en onder 't linker voorhoofdsbeen. Op 't linker wandbeen — een vingerbreed van den lambdanaad en den pijlnaad — is een zwarte plek ter grootte van een stuiver met een rooden zoom. De afstand tusschen dit drukpunt en de tegenovergelegen zijde van 't hoofd bedraagt 7.5 cM. (De c. v. was getaxeerd $<$ 8 cM. C. d. $>$ 9 cM., plat rachitisch bekken).

Geval VII. n^0 90. Vr. T., 33 j., II-para, plat rach. bekken. C. d. 8$^3/_4$ cM., voorvlakte sacrum biconvex. Valsch promontorium; is dezelfde als n^0. VIII der gevallen van partus arte provocatus. Uit de historie is het volgende hier te vermelden:

De baring wordt opgewekt 14/9. 18/9 v.m 9.30. Hoofd in 2^e

schedelligging op den bekkeningang. Volkomen ontsluiting, weinig weeën. De vliezen werden gebroken.

N.m. 4 uur. Na het breken der vliezen is voortdurend helder vruchtwater afgeloopen. Hoofd boven den bekkeningang, puilt over de symphysis pubis heen. Kin en onderkaak links te voelen, rug rechts, harttonen rechts.

Inw. onderzoek: volkomen ontsluiting, hoofd op den ingang, pijlnaad nagenoeg dwars, dicht bij de symphysis, groote fontanel voelbaar links, kleine niet te bereiken.

Narcose, „Hängelage”, impressie van 't hoofd. Het komt met een klein segment in den bekkeningang. Terwijl het hoofd uitwendig wordt gefixeerd, wordt de tang van Breus aangelegd in dwarsche afmeting. Dit geschiedt zonder eenige moeite. Onder zeer matigen druk van boven (de assistent Dr Noordhoff voelde uitwendig duidelijk de bladen der tang en durfde daarom niet hard drukken) gelukt het met een paar tracties het hoofd tot in de bekkenholte te brengen.

Daarna wordt de tang van Breus afgenomen en (demonstrandi causa), na patiënt uit de „Hängelage” in gewone positie (met opgetrokken dijen) gebracht te hebben, de tang van Naegele geappliceerd in de rechter schuinsche afmeting; de spildraai komt gemakkelijk tot stand, het hoofd wordt met 't aangezicht over den bilnaad ontwikkeld.

't Kind is licht asphyctisch, komt spoedig bij. Duur der narcose 20 min , der operatie p. m. 8 minuten.

't Kind — vrouwelijk — 50 cM., 3000 gram, B. T. 8, B. P. 9, S. B. 9.5, S. F. 10.5 F. O. 12, M. O. 13, heeft een kleine groote fontanel. Klein caput succedaneum op 't rechter wandbeen. Het linker voorhoofdsbeen is onder 't rechter, beide zijn onder de wandbeenderen geschoven. Rechter wandbeen boven 't linker; 't achterhoofdsbeen ligt onder 't rechter en boven 't linker wandbeen. Druksporen van symphysis of promontorium zijn niet zichtbaar. Druksporen van de tang van Breus op 't rechter voorhoofdsbeen (zwelling van beide oogleden van 't rechter oog), aan de linker oorlel en aan den oorsprong van den linker M.sterno-cleido-mastoideus. Blauwe huidverkleuring om den mond, de neuspunt, het linker onderste ooglid en rechter oorlel. 't Kind, aanvankelijk goed, wilde den 7en dag niet zuigen, werd den 8en dag icterisch en stierf vrij plotseling (uitgebreide dubbelzijdige pneumonie), schedellaesies en hersenbloeding waren niet te constateeren.

Uit deze historiae partus en de bijgevoegde tabel blijkt, dat alle kinderen levend werden geëxtraheerd, ook daar waar vrij groote weerstand in den bekkeningang moest worden overwonnen.

Forcipale extractie.

ige	Bekkenmaten. Omtrek.	D. Sp.	D. cr.	D. tr.	D. B.	C. d.	C. v.	Aard v. h. bekken.	Stand v. d. schedel,	Kind. Sexe.	Toestand.	Lengte.	Gewicht.	Puerperium.	Aanmerkingen.
	76	24	25.5	28.5	17	$9^{3}/_{4}$	> 8	alg. vern. niet rach.	vóór den uitgang.	m.	l.	48	2710	< 38°	Kleine vrouw, kyphoskoliose, *partus provocatus*. Hoofd daalt in, secundaire atonie. Forceps, gemakkelijke extractie.
	?	23	26.5	30	19	?	?	alg. vern. niet rach.	idem.	m.	l.	48.5	2800	< 38°	Barende ingebracht, 2 dagen in partu. Oedeem v. d. voorlip der b.m., achterlip verstreken, verminderde frequentie der harttonen. Hoofd voor den uitgang; vrij moeilijke extractie door uitgangsvernauwing, asphyxie, bijgebracht.
	81	25	27	29.5	$18^{1}/_{4}$	$9^{3}/_{4}$	8.25	alg. vern. plat niet rach.	in de holte, A. r. a.	m.	l.	53.5	3340	< 38°	Ischurie, katheter passeert niet, hoofd in de holte. *Forceps* (Lange) eenige moeite, sterk in de lengte uitgerekt hoofd.
	92	24.5	27	32	$18^{3}/_{4}$	9.5	8—8.5	plat niet rach.	met segment in den ingang.	vr.	l.	49	2760	< 38°	6 dagen in partu. De vliezen worden gebroken bij volkomen ontsluiting 6 uur daarna *forceps* (Breus), waarmee 't hoofd door den ingang wordt gehaald. Verdere extractie met de Naegele'sche tang, sterk gemouleerd hoofd, niet asphyctisch.
°, 5°, manu- ie, le- leren,	?	24.5	27.5	30	18	10	8.5	plat rach.	met segment in den ingang.	vr.	l.	52	3450	2e d. 38° 2 verder < 38°	Bij p.m. 6—7 c.m. ontsluiting wegens optredend oedeem van de vulva en zwakke weeën *forceps* (Breus). vrij gemakkelijke extractie, kind ademt vrij spoedig. Schedel gemouleerd.
dood	86	25	27.5	31.5	$17^{3}/_{4}$	> 9	< 8	plat rach.	op den ingang, impressie v. h. hoofd in 't bekken.	vr.	l.	49	2450	< 38°	*Partus provocatus*, de vierde bougie perforeert de vliezen. Bij 7—8 c.m. ontsluiting impressie van 't hoofd in 't bekken in Walcher's positie (narcose), *forceps*, vrij gemakkelijke extractie.
funi- , dood	87	28	29	$32^{1}/_{4}$	$18^{3}/_{4}$	$8^{3}/_{4}$	$7^{1}/_{4}$—$7^{1}/_{2}$	plat rach.	op den ingang, impressie hooge tang.	vr.	† na 8 d.	50	3000	< 38°	*Partus provocatus*. Bij volkomen ontsluiting impressie (Walcher, narcose), *forceps* (Breus) extractie niet zeer moeilijk. Druksporen aan den schedel kind na 8 dagen † pneumonie.

De eerste twee gevallen geven geen aanleiding tot bijzondere opmerkingen. In het derde geval wees de ischurie op niet onbelangrijke drukking en bleek, niettegenstaande het hoofd oogenschijnlijk reeds diep was ingedaald, een deel van 't hoofd nog boven den bekkeningang te staan, zoodat eerst naar beneden moest worden getrokken, voordat tot het verrichten der spildraai mocht worden overgegaan. Aan het geëxtraheerde hoofd bleek de samendrukking in transversale richting (van den schedel) duidelijk uit de verkorting der biparietale $8^3/_4$ en de compensatorische verlenging der mento-occipitale afmeting 14.5 cM. Of hier echter geen primaire dolichocephalie bij in het spel is, mag worden gevraagd, daar op den 12en dag p. p. de biparietale afmeting van den schedel 9.5, de fronto-occipitale 13.5 en de mento-occipitale 15 cM. bedroeg. Dat de tang op de oogen van het kind heeft gedrukt, moet aan den zeer diepen stand van de kleine fontanel en de sterke overlangsche uitrekking van den schedel worden geweten.

In het vierde geval was de extractie van het hoogstaande hoofd vrij gemakkelijk, 't geen wel te wijten is aan de betrekkelijke kleinheid der vrucht. Toch was het vrij sterk gemouleerd en bestond een ondiepe indruk van het promontorium.

In 't vijfde geval extraheerde ik wegens optredend en vrij snel toenemend oedeem der genitalia bij eene vrouw die muco-pus uit hare vagina afscheidde. Na de extractie was de voorste helft van den schedel meer afgeplat dan de achterste, niettegenstaande aanvankelijk de pijlnaad dichter bij het promontorium verliep en dus het voorste wandbeen eerst dieper stond. Hieruit blijkt dat bij de extractie het hoofd vrij sterk tegen de symphysis pubis werd aangedrukt, niettegenstaande sterk naar beneden getrokken werd en dat dus ook met de tang van Breus niet geheel in de richting der bekkenas kon worden getrokken.

In het zesde geval werd het hoofd door druk van boven bijna geheel in de holte van 't bekken gedrukt en daarna gemakkelijk geëxtraheerd. De mouleering van 't hoofd stemt overeen met de gewone bij een voorste wandbeensligging. Dat de impressie van het kind (evenwel niet zonder moeite) gelukte, mag worden toegeschreven aan de niet sterke ontwikkeling (2450 gram), de groote inschikkelijkheid der schedelbeenderen en den gunstigen stand van 't hoofd, maar bovendien aan de „Hängelage" en de narcose. De conj. vera toch, was aan 't hoofd gemeten, slechts 7.5 cM.

In 't laatste geval werd het hoofd feitelijk alleen met de tang door den bekkeningang gehaald, daar de assistent niet zeer sterk meedrukte, toen de tang eenmaal lag, omdat hij — terecht — een sterken druk vreesde, daar hij de lepels door buik- en baar-

moederwand voelen kon. Sterke druk had schade kunnen aanrichten! Toch gelukt het met enkele krachtige tracties het hoofd te extraheeren. Ook hier was de voorste helft van den schedel onder de achterste geschoven en was dus klaarblijkelijk niet geheel in de bekkenas, maar meer in de richting der symphysis getrokken.

Het succes met de tang verkregen, mag leiden tot voorzichtig voortgaan met experimenteeren in deze richting. Wanneer lange tijd verloopen is sedert het afvloeien van 't vruchtwater en het hoofd gunstig ten opzichte van 't bekken geplaatst is, kunnen impressie + forcipale extractie goede diensten bewijzen. Heeft het hoofd een stand, die als ongunstig moet worden beschouwd in verband met den vorm van 't bekken (zie hierachter bij perforatie), dan zal zelfs bij een matig vernauwd bekken, noch impressie, noch forcipale extractie gelukken, maar moeten worden gekeerd of afgewacht of, in nood, geperforeerd.

Perforatie (*4 gevallen*).

Viermaal werd bij bekkenvernauwing de schedel geperforeerd en met den cranioclast geëxtraheerd. Steeds werd geperforeerd met het instrument van Blot en geëxtraheerd met den cranioclast van Braun. In alle gevallen lag de kranio-kephaloklast van Auvard-Zweifel gereed om gebruikt te worden, als 't noodig was. Deze noodzakelijkheid bleek echter in geen der vier gevallen.

Van de vier patiënten waren twee primiparae, twee multiparae. Bij een dezer werd het levende kind geperforeerd, in de andere drie gevallen was het kind bij de opname in de kliniek reeds afgestorven.

Alle vrouwen werden zonder belangrijke stoornis in puerperio hersteld ontslagen.

Geval I. n⁰. 36 Vr. L , 34 j., I-para, wordt 16 Sept. 1898 v. m. 9 uur ingebracht. Sedert 12 September is de patiënt in partu. De baring begon met het afloopen van vruchtwater, in den aanvang had de vrouw sterke weeën. De vroedvrouw haalde na 3 dagen te hebben afgewacht een doctor in consult, deze constateerde een rachitisch vernauwd bekken, trachtte eerst versie te doen, daarna forcipale extractie, beide vergeefs. Hierop wordt de vrouw (uit Friesland) naar de kliniek getransporteerd.

Bij opname temp. 39.9, pols 96. Uit de vagina vloeit in geringe hoeveelheid vruchtwater met meconium. Uterus gecontraheerd, daardoor uitwendig van de vrucht niets door te voelen, harttonen niet te hooren.

Bekkenmaten: D. sp. 28, D. cr. 26, D. B. 17.5.

Inwendig onderzoek: Baarmoedermond ruim geopend, hoewel

voor- en achterlip nog te voelen zijn, ingescheurd. Het hoofd staat met een klein segment vast in den bekkeningang, het promontorium is gemakkelijk om het hoofd heen te bereiken, matig caput succedaneum. Daar het kind dood is en het hoofd niet diep genoeg staat voor de tang, wordt besloten tot perforatie en cranioclasie. Perforatie met Blot's instrument. Cranioclasie met het instrument van Carl Braun. Perforatie en cranioclasie leverden geen moeilijkheden op. Bij de extractie van 't kind enorme foetor, daar de vrucht in rotting verkeerde. Placenta komt na 20 minuten onder geringen druk te voorschijn, matige hoeveelheid bloed. Het kind woog zonder hersenen 2840 Gram (lengte niet gemeten). De temperatuur der vrouw, steeg den 2^{en} dag tot 39.8, den derden tot 38.4, den vierden tot 38.3, daarna voortdurend $< 38^0$. De eerste dagen waren de lochiën stinkend, den 2^{en} dag ontwikkelde zich oedeem der labia minora. Gedurende 5—6 dagen werden vaginaalirrigaties gedaan met $2^0/_0$ carbol-oplossing. De vrouw werd na 14 dagen volkomen gezond ontslagen.

Geval II. n°. 54. Vr. K., 30 j., I-para, rachitis? werd 21 December 1898 ingebracht. In den nacht van 19/20 Dec. begon de baring: 20/12 v. m. 6 uur braken de vliezen, zwakke weeën. 21 v. m. 10 uur wordt een medicus gehaald, die vergeefs pogingen doet om de vrucht met de tang te extraheeren. Deze pogingen worden een paar uur later herhaald door een 2^{en} medicus, eveneens vergeefs. Hierop worden in narcose vergeefsche pogingen tot versie gedaan. Patiënt wordt nu (uit Drente) naar de kliniek getransporteerd en komt in 's avonds 7 uur. De vrouw is anaemisch, maar niet gecollabeerd. Grove afwijkingen aan 't beenstelsel zijn niet waar te nemen. De uterus is gecontraheerd, de vrucht ligt in 2^e schedelligging, hoofd vast in den bekkeningang. Geen harttonen. Temperatuur 37.4, pols 74, regelmatig, klein, week. Inwendig onderzoek, bijna volkomen ontsluiting, het hoofd staat met een segment in den ingang, naast het hoofd liggen niet kloppende navelstrenglissen. Wegens den stand van 't hoofd is het promontorium niet te bereiken. Wel zijn 3—4 wervels van 't heiligbeen te betasten. Narcose. Onder fixatie van 't hoofd uitwendig wordt de schedel *geperforeerd* (Blot) en vervolgens geëxtraheerd (cranioclast van Braun), beide zonder moeite. Geen perineaalruptuur. Wel is een klein stukje van den rechter vaginaalwand opgescheurd. 4 hechtingen. Het kind is ± 50 cM. lang en zonder hersenen 2700 gram zwaar. Puerperium ongestoord. Vóór het ontslag der patiënt wordt het bekken gemeten D. sp. 25, D. cr. 28, D. tr. 31.5, D.B. 17.5, C. d. $9^1/_4$. Sacrum convex. Valsch promontorium (van hier tot onderrand der symphysis 8.5 cM). Diagnose *plat rachitisch bekken.* Cv. $<$ 8 c M.

Geval III. n°. 32. Vr. B., 39 jaar, X-para. 1^e partus forcipale

extractie, 2e—6e versie, alle kinderen levend, 7e, 8e en 9e partus tangextractie, alle kinderen dood. Patiënt wordt 15 Juli 1898 in de kliniek gebracht (uit de provincie). De vrouw is sedert den vorigen dag in partu, 's avonds was de vroedvrouw geroepen. Deze consulteerde na een paar uur een medicus. De medicus trachtte versie te doen, dit mislukte, daarna werd forcipale extractie beproefd, eveneens vergeefs. Consult met een tweeden medicus, deze beproefde eerst tangextractie, die mislukte, en daarna versie, die eveneens mislukte. Hierop werd besloten patiënt te transporteeren naar de kliniek.

11 uur v. m. Temp. 38.6. pols 106. Sterk gecontraheerde uterus, geen ligging der vrucht te bepalen, geen harttonen te hooren. Inw. ond. bijna volkomen ontsluiting. Slap caput succedaneum, hoofd staat met een klein segment in den ingang.

Wegens de temperatuurstijging, afgestorven zijn van 't kind, hoogstaand hoofd: *perforatie* (Dr. Mossel). Narcose, perforatie (Blot), cranioclasie (Braun), extractie zonder moeite, placenta na 20 minuten, geringe druk. Het kind is ± 54 cM. lang, weegt 3210 gr. zonder hersenen. Post partum daalde de temperatuur, die voortdurend < 38° bleef. Den 14en dag werd de vrouw hersteld ontslagen nadat het bekken gemeten was: D. sp. 25, D. cr. 26.5, D. tr. 32, D. B. 17.5, Cd. 10.5.

Geval IV. n° 42. Vr. H., 42 j., VIII-para. 1e partus forceps dood kind, 2e spontaan, 3e—7e alle forcipaal, kinderen leven alle. Ingebracht 22 Oct. 1898. De partus begon den vorigen avond. De vroedvrouw kwam en vond volkomen ontsluiting, hoofd voor een klein deel ingedaald. Het vruchtwater was even vóór de komst der vroedvrouw afgeloopen. De semi-arts, die daarbij geroepen werd, vond hetzelfde. Om 11 uur werd de assistent der polikliniek geroepen. Deze constateerde schedelligging, kleine fontanel rechts achter, groote fontanel links vóór, hoofd met een segment vast in den ingang. Krachtige, snel op elkaar volgende weeën. Om 12 uur status idem. Niettegenstaande krachtige weeën daalt het hoofd niet in, klein caput succedaneum. In narcose wordt door den assistent beproefd het hoogstaande hoofd met de tang door den bekkeningang te trekken. Dit mislukte na herhaalde pogingen. De harttonen der vrucht waren zoowel vóór als na deze pogingen krachtig en regelmatig.

De vrouw wordt nu overgebracht naar de kliniek. Zij komt daar aan 22/10 v. m. 3 uur. Er zijn krachtige weeën, het caput succedaneum neemt toe, het rechter labiumminus is oedemateus, perineum en rectaalslijmvlies puilen uit. Het hoofd blijft even hoog, misschien is de kleine fontanel iets dieper.

Om 7.30 vond ik denzelfden status, en constateerde vaginaal-

verwonding (door de forceps). Krachtige weeën. Temperatuur 37.6, pols 100. Harttonen van 't kind regelmatig, goed hoorbaar. Rekking van 't onderste uterussegment. Contractiering p.m. een handbreed boven de symphysis pubis.

Inwendig onderzoek: Het hoofd staat met een klein segment in den bekkeningang ingedaald. Groot caput succedaneum. Kleine fontanel rechts, pijlnaad bijna dwars.

De cervixrekking indiceert het termineeren van den partus. Wegens de voorafgegane pogingen tot extractie en de laesies van de vagina wordt afgezien van sectio caesarea en eveneens van symphyseotomie om 't kind te redden en besloten nogmaals een poging tot forcipale extractie te doen, om, zoo deze niet gelukt, de vrucht te perforeeren. De tang vat het hoofd en houdt, maar niettegenstaande vrij sterke tractie gelukt het niet het hoofd verder te doen indalen. *Perforatie van het levende kind* (Blot), cranioclasie (Braun), extractie zonder moeite. Het kind is p. m. 52 cM. lang en weegt zonder hersenen 3770 gram. Placentatijdperk en puerperium ongestoord. Bij het ontslag der patiënte wordt het bekken gemeten. D. sp. 21.5, D. cr. 24.5, D. tr. 28.5, D. B. 18. Het promontorium staat zeer hoog, en is slechts met 2 vingers te bereiken. C. d. > 11 cM. Hieruit moet worden afgeleid, dat het bekken (in verband met de uitwendige dwarsmaten), algemeen, gelijkmatig vernauwd is en dat de Conj. vera in ieder geval grooter dan 9 cM. moet worden getaxeerd.

De indicatie tot perforatie was in de eerste drie gevallen absoluut. Bij vernauwd bekken, hoogstaand hoofd, en doode vrucht is elke andere therapie minder goed. Of bij hetgeen aan de perforatie voorafging op juiste wijze aan een goed gestelde indicatie is voldaan, schijnt twijfelachtig.

In het vierde geval is niet onwaarschijnlijk de combinatie van algemeen te klein bekken, groot hoofd, ongunstige stand de oorzaak geweest van het mislukken der forcipale extractie. Of deze om 12 uur, nadat om 9 uur de weeën begonnen waren, was geindiceerd, schijnt mij zeer betwistbaar, dat daardoor de stand van het hoofd niet verbeterd, maar eerder verergerd is, acht ik zeer waarschijnlijk. Toen ik 7 uur later de vrouw zag bestond duidelijk cervixrekking, dus indicatie tot het termineeren van de baring, maar niettegenstaande het kind duidelijk leefde, kon ik niet besluiten om ter wille van 't kind — bij bestaande vaginaalverwondingen door de forceps en inflammatoir oedeem — hetzij sectio caesarea, hetzij symphyseotomie te doen en koos ik, toen een nieuwe poging tot forcipale extractie mislukte, in 't belang der vrouw — die daarvoor zeer dankbaar was — de perforatie van 't levende kind.

TABEL X. **Perforatie.**

No.	Leeftijd.	Para.	Afloop vorige baringen.	Bekkenmaten. Omtrek.	D. sp.	D. cr.	D. tr.	D. B.	C. d.	C. v.	Aard v. h. bekken.	Stand van den schedel	Kind. Sexe.	Lengte.	Gewicht.	Puerperium.	Aanmerkingen.
36	44 j.	Ia	—	?	28	26	?	17.5	?	8.5 ?	plat rachitisch.	Vast op den ingang.	vr.	?	2840 zonder hersenen.	Geleidelijk dalende temperatuur tot den 5e dag daarna ⟨38°.	4 dagen in partu. Door de vroedvrouw wordt eerst nu een medicus geconsulteerd, die eerst *versie* te doen, daarna *forcipale extractie*, beide vergeefs. Transport (uit Friesland) naar de kliniek. Bij opname temp. 39.9 pols 96. Kind afgestorven. *Perforatie* (Blot) *cranioclasie* (Braun), enorme foetorvan het rottende kind.
54	30 j.	Ia	—	?	25	28.75	31.5	17.5	9¹/₄	⟨ 8	plat rachitisch.	In den ingang.	m.	50	2700 zonder hersenen.	5e dag 38.8 daalt na Cl. ricini.	Medicus, geconsulteerd bij patient, toen zij p. m. 30 uur in partu was, beproeft *forceps* te vergeefs. Tweede medicus idem, daarna in narcose poging tot *versie*, die niet gelukt. Transport naar de kliniek (uit Drente). Bij opname temp. 37.4 pols 74 geen harttonen te hooren. *Perforatie* (Blot) *cranioclasie* (Braun) van het doode kind.
32	39 j.	Xa	1e *Forceps*, kind leeft. 2, 3, 4, 5, 6, idem. 7e *Forceps* kind † 8e „ „ 9e „ „	?	25	26.5	32	17.5	10.5	8³/₄	plat rachitisch (?)	Vast op den ingang.	m.	54	3210 z. h.	⟨38°	Medicus A beproeft bij staande vliezen *versie* vergeefs, daarna vergeefs *forceps*. Medicus B beproeft eveneens vergeefs *forceps*, daarna *versie*. Hierop transport (van 't land) naar de kliniek. Temp. 38.5 pols 100, bij 6 c. m. ontsluiting, slap caput succ. ontbrekende harttonen). *Perforatie* (Blot) *cranioclasie* (Braun) v. h. doode kind.
42	42 j.	VIII	1e *Forceps* kind † 2e Spontaan „ l. 3e *Forceps* „ l. 4, 5, 6, 7 id. „ l.	?	21.5	24.5	28.5	18	?	⟩ 9	algemeen vernauwd.	Even in den ingang.	vr.	52	3770 z. h.	⟨38°	Hoofd met segment ingedaald. A. r. a. in narcose vergeefsche pogingen tot *forcipale extractie*. Transport uit de stad naar de kliniek Temp. 37.5. Na eenige uren wachtens daalt 't hoofd niet verder in. *Cervixrekking* en vaginaalverwonding. Poging tot forcipale extractie, hoofd treedt niet dieper. Harttonen nog hoorbaar *Perforatie* (Blot) *Cranioclasie* (Braun) van 't levende kind.

Slechts in het tweede geval C. d. = $9^1/_4$, misschien ook in 't eerste, was het bekken vrij sterk vernauwd. In beide gevallen is bij een volgende graviditeit een nauwkeurige hermeting van het bekken en het overwegen of vroeggeboorte zal worden opgewekt, noodzakelijk. In de beide andere gevallen zal moeten gehandeld worden pro re nata. Beide bekkens behooren tot den 1en graad van bekkenvernauwing (men vergelijke deze bekkens met de andere der tabel). In alle vier gevallen zal een andermaal per vias naturales een levensvatbaar kind kunnen geboren worden.

Sectio caesarea (*2 gevallen*).

Geval I. n°. 26. R. H., 24 jaar, I-gravida, opgenomen 22/3 98 (zie fig. 2) kreeg op drie jarigen leeftijd rachitis, kon vóór dien tijd loopen, van 't 3e tot 8e jaar liep zij in 't geheel niet, na dien tijd leerde ze met krukken loopen, later kon zij loopen zonder steun. Zij heeft het laatst gemenstrueerd Juli 1897. Gezondheidstoestand gedurende de zwangerschap goed.

Fig. 2.



Pat. is zeer klein, 130 cM. en heeft sterk verkromde onderste ledematen. Bekkenmaten: omtrek 97, D. sp. 25, D. cr. 26, D. tr. 31, D. B. 17, C. d. $8^3/_4$. De sacraalwervellichamen puilen zeer sterk vóór de vleugels uit. Het promontorium schijnt laag te staan. De symphysis pubis is hoog (5$^1/_2$ cM.). Uit de C. d. wordt de vera berekend op ruim 7 cM.

19 Mei 1898 begint pat. wat pijn te voelen, av. 7 uur „teekent" zij; geen ontsluiting, p. v. bijna een vingerlid lang. De vrucht ligt in schedelliging met het hoofd boven den bekkeningang, rug links, harttonen links.

20 Mei. 's Nachts om 2 uur loopt vruchtwater af, met een weinig meconium gemengd; zwakke uterus-contracties.

N m. 4 uur worden de weeën krachtiger en pijnlijker, uitwendige baarmoedermond 1—1.5 cM. wijd, halskanaal nog niet geheel verstreken.

's Avonds 10 uur. Harttonen der vrucht 110, regelmatig, temp. der vrouw 36.8, pols 80, vruchtwater loopt voortdurend af met meconium vermengd. In het belang der levende vrucht wordt besloten tot sectio caesarea, daar men mag onder-

stellen, dat de vrucht zonder deze zeker verloren zou zijn.

10.30. Buiksnede in de linea alba van 12 boven tot p. m. 10 cM. onder den navel. Zij moet nog een weinig naar beneden verlengd worden om den uterus te kunnen eventreeren. Eventratio uteri. Uterus naar rechts getordeerd, zoodat het linker lig. rotundum in de buikwond zichtbaar is. Na de eventratio uteri wordt het bovenste gedeelte der buikwond dichtgedrukt en de eventratie der darmen door gesteriliseerde doeken voorkomen. Uit den loop der ligamenta rotunda werd geconcludeerd, dat de placenta aan de achtervlakte zou zijn gelegen. *Dwarsche incisie* van den fundus uterui. De baarmoederwand wordt laagsgewijze gekliefd, totdat de vliezen zichtbaar werden, en hierop aan weerskanten de incisie met de schaar verlengd. In de wond presenteert zich de stuit der vrucht. Deze wordt geëxtraheerd aan de linkerheup, waarbij de huidwond wordt aangedrukt, zoodat het afloopen van bloed en vruchtwater in de buikholte wordt voorkomen. Uit den uterus loopt weinig, met meconium vermengd vruchtwater. Na het uithalen der vrucht retraheert zich de uterus zeer sterk. Het peritoneum plooit zich zeer, vooral aan de achtervlakte. De placenta is niet getroffen en ligt geheel aan de achtervlakte der baarmoeder. De bloeding uit de uteruswonde is gering. Duidelijk blijken sommige vaten in overlangsche richting getroffen te zijn. Onder contractie van den uterus komt spoedig de placenta halfweg uit den uterus met de bovenvlakte vooraan. Onder het opwekken van een nieuwe contractie worden placenta en vliezen losgemaakt. De vliezen adhaereeren aan het onderste gedeelte van den uterus in de omgeving van het ostium internum, doch kunnen geheel met de placenta verwijderd worden.

Duur der operatie tot het geboren zijn van vrucht en placenta p. m. 20 minuten. Terwijl de uterus zich goed contraheert wordt de wond gehecht. Eerst twee diepe hechtingen in de beide wondhoeken nabij de tubae, daartusschen nog 7 diepe en 7 oppervlakkige hechtingen (de laatste seroso-sereus) alle hechtingen met zijde. Na de hechting is de omgeving der wond duidelijk bleeker dan het overige gedeelte van den uterus.

Om 11 uur is het hechten der uteruswond afgeloopen. Door massage worden stukken bloed en vloeibaar bloed per vaginam verwijderd.

De buikwond wordt met 22 diepe en oppervlakkige hechtingen (met zijde) gesloten. Afloop der operatie 11.15. Duur der geheele operatie 40—45 minuten. De uterus is als een harde kogel door den buikwand te voelen. Pols der moeder 110.

Het kind (mannelijk) 50 cM., 3190 Gram. B. T. $8^3/_4$, B. P. $9^1/_4$, S. F. 11.5, F. O. 12, M. O. 13.5, heeft een ovalen schedel. Het

voorhoofd steekt wat uit, de zijwanden zijn wat platgedrukt. Het is asphyctisch, heeft een tragen pols (60) en begint eerst na aspiratie van meconium uit de trachea en bronchi, „Schultze'sche Schwingungen", warme baden en thoraxcompressie te schreeuwen, echter niet zeer krachtig. Het heeft een lichten graad van hypospadie en sterft 11 uur na de geboorte. *Sectie:* longatelectase, rechter long drijft gedeeltelijk, linker long zinkt geheel, pneumonia lobularis.

De moeder was aanvankelijk goed. Den tweeden dag steeg de temp. tot 38.5, 3e dag 38.8, 4e dag 39.5 (koude rilling), den vijfden dag iets gedaald, 38.5, steeg zij den 6en dag tot 40, 7en en 8en dag idem, om den 11en dag tot 41.°5 te stijgen (kort daarna *exitus.*). De pols werd bijna voortdurend sneller tot 170 op den 10en dag.

De buikwond brak open, nadat een paar doorgesneden hechtingen waren verwijderd, in de geopende wond waren beslagen en vergroeide darmlissen zichtbaar. Uit de buikwond konden streptokokken in reincultuur worden opgevangen. Den 9en en 10en dag werden onder merkbare verergering der symptomen 10, resp. 20 c. c. m. streptokokkenserum geinjiceerd.

Sectie. Op den buik open wond, waarin darmlissen, groenachtig verkleurd, en zoowel onderling als met de buikwond vergroeid. Hiertusschen pus. De uit het bekken ópstijgende uterus is eveneens met darmlissen verkleefd. De verkleving is gemakkelijk op te heffen. Op den fundus uteri een dwars verloopende naad met fibrineus tot purulent beslag.

Diffuse peritonitis.

De uterus is 13 cM. breed, van p. v. tot fundus 18 cM. hoog. Tusschen uterus en rectum in 't cavum Douglasii een subsereuse bloeding ter grootte van een rijksdaalder. De p. v. is rond en glad. Uit de opening vloeit bij druk wat bloederig slijm. De dikte van den uteruswand is ongeveer 1.8 cM., de consistentie normaal, op de snijvlakte is nergens pus te zien.

De binnenvlakte van den uterus is oneffen, hier en daar vlokkig met bloed geimbibeerd. Bovenaan vertoont de binnenvlakte van den uterus een 1 cM. dik en 5 cM. hoog en breed stuk, dat placenta schijnt te zijn (later bleek het bij micr. ond. te zijn decidua). Uit de dwarsche wond van den fundus uterus vloeit bij druk wat bloederig vocht; de wondranden zijn gaaf en gehecht, verkleefd maar nog niet genezen. Na opening der wond komt uit het midden der wond een uiterst geringe hoeveelheid pus te voorschijn, vooral naar links.

Uit de historia morbi en het sectieverslag mag worden afgeleid, dat de streptokokkeninfectie is uitgegaan van de buikwond.

Bij de sectie bleek, dat de afstand van het promontorium tot

de symphysis meer dan 7 cM. bedroeg. Het bekken werd met de onderste ledematen geprepareerd. Het bleek een rachitisch plat bekken te zijn met eene Conjugata vera van ruim 8, een *Conjugata inferior* (Kehrer) van 7.6 cM. Hetgeen voor het promontorium werd gehouden was een valsch promontorium, de berekening der conjugata vera ging uit van een valsche conjugata diagonalis. Dat deze voor een echte gehouden kon worden, komt doordat de scheiding tusschen ° en 2° sacraalwervel ligt in de linea terminalis (zie fig. 3).

Fig. 3.



Wegens de mindere ontwikkeling van de 1° heiligbeenswervel behoort het bekken tot de z.g. assimilatiebekkens [1]).

De bekkenmaten waren als volgt:

Afstand midden promontorium tot midden bovenrand der symphysis, (anatomische conjugata vera) . .	= 9 cM.
Obstetrische Conjugata vera	= 8 4 cM.
Afstand van het valsche promontorium tot midden bovenrand symphysis	= 7.6 cM.
Dwarsche afmeting van den bekkeningang. . . .	= 13.5 cM.
Dist. intercotyloïdea	= 11.5 cM.
R. en l. schuinsche afmeting	= 12.5 cM.
Afstand promontorium—onderrand sacrum	= 12.3 cM.
Breedte sacrum	= 12.3 cM.
Dist. interspinalis	= 11.5 cM.

[1]) De assimilatiebekkens en lumbo-sacrale wervels uit de Groninger bekkenverzameling zullen weldra worden beschreven.

Afstand punt v.h. sacrum—onderrand symphysis .	=	8.5 cM.
Afstand linker spina — binnenkant onderrand symphysis	=	8.7 cM.
Afstand rechter spina—binnenkant onderrand symphysis	=	8.5 cM.
Afstand 2e promontorium—onderrand symphysis (de gemeten conjugata inclinata).	=	9 cM.
Afstand tubera ischii	=	10.5 cM.
Hoogte symphysis pubis (zonder lig. arcuatum) . .	=	3.5 cM.
Distantia spinarum ant. sup. oss. ilei	=	25 cM.
Dist. crist. oss. ilei	=	24.5 cM.

Fig. 4.



Geval II. n° 93. Vr. Janna de V. geb. B., geboren te Noordwijk (gem. Marum), oud 41 jaar, wordt 1 Sept. 1899 als I-gravida in de kliniek opgenomen. De patiënt is slechts *123 cM.* lang. Zij had zich reeds in Juni aangemeld met het verzoek haar „met de keizersnede te verlossen" evenals haar zuster, die vóór 10 jaar in het ac. ziekenhuis op dezelfde wijze verlost was. Deze zuster was 122 cM. lang. Zij stamt uit een gezin, waar van 8 kinderen 6 zeer klein waren, haar vader was klein (onze patiënt reikte hem tot de ooren). Haar moeder had normale lengte. Haar vier grootouders waren alle van gemiddelde of meer dan gemiddelde grootte, haar grootmoeder van moederszijde was zelfs bijgenaamd „lange Siets". De oudste broeder was *klein*, ongehuwd, 40 jaar oud geworden, voor 20 jaar overleden.

De tweede broeder *Jacob* is klein (nagenoeg even groot als Janna) 58 jaar oud, gehuwd met een groote vrouw, heeft van 2 kinderen één in leven, een groote zoon.

Het derde kind *Jansje* was klein, is 25 jaar oud geworden, ± 30 jaar geleden in partu gestorven.

Het vierde kind *Jan* was groot, is 36 jaar oud geworden, gehuwd met een groote vrouw en had 5 kinderen, alle groot.

Het vijfde kind *Wolter* was klein, slechts weinig grooter dan Janna, gehuwd, kinderloos overleden.

Het zesde kind *Grietje*, is groot, gehuwd met een grooten man, heeft twee groote dochters.

Het zevende kind *Aaltje*, is klein (*122 cM.*) gehuwd met een kleinen man, vóór 10 jaar door sectio caesarea in de kliniek verlost. Het kind is 9 jaar oud geworden, had een normale grootte.

Het achtste kind is onze patiënt Janna, gehuwd met een grooten man.

De patiënt behoort tot de „chondrodystrophische" of achondroplastische dwergen, door Parrot, Porak [1]) en anderen o.a. Breus en Kolisko beschreven [2]).

Pat. is gedurende haar geheele leven zeer gezond geweest. Zij leerde op den gewonen tijd loopen, had mazelen, maar geen andere kinderziekten, menstrueerde van haar 17e jaar af regelmatig om de 4 weken, gedurende 3 dagen; zij is een intelligente persoon, die leest en schrijft.

Laatste menstruatie 17 Januari 1899, eerste kindsbewegingen 29 Mei.

De bekkenmaten zijn: omtrek 92, D. sp. 22, D. cr. 23, D. tr. 30.5, D. B. 17, C. d. 7 cM. De geheele linea terminalis is met één vinger gemakkelijk te vervolgen. Het sacrum is biconvex, met knikking in het onderste gedeelte. Tusschen 1en en 2en sacraalwervel bevindt zich een valsch promontorium. De C. v. wordt getaxeerd op $5^3/_4$ cM. *Absolute indicatie voor sectio caesarea.*

13/10 99 's av. 7 uur loopt vruchtwater af, terwijl pat. rustig zit, zonder pijn. De vrucht ligt in 2e stuitligging, harttonen 140, regelmatig, krachtig, rechts 't duidelijkst te hooren.

14/10 v. m. 10 uur weinig weeën. De uterus, vroeger ballonvormig, is meer gestrekt van vorm en omsluit nauw 't kind. Inwendig onderzoek, de portio vaginalis is niet verstreken, de uitw. baarmoedermond is geopend.

Daar men $^1/_2$ uur later den indruk krijgt, dat de harttonen minder duidelijk en minder regelmatig zijn, wordt besloten de sectio caesarea niet langer uit te stellen, niettegenstaande 't gemis aan weeën en het nog niet bestaan van ruime ontsluiting.

Vrij rustige chloroformnarcose. Incisie in de linea alba, ± 20 cM. lang, gaande links om den navel, die ongeveer het midden der incisie vormt. De buikwand wordt snel gekliefd. Hierbij wordt de uterusvoorvlakte even geraakt, hetgeen een motief is om deze

---

[1]) De l'Achondroplasie Nouv. Arch. d'Obstétrique et de Gynécologie. Dec. 1889 — Juillet 1890.

[2]) Een opstel over de chondrodystrophie zal weldra in dit Tijdschrift verschijnen.

kleine incisie te vergrooten tot de uteruswond. De uterus wordt geëventreerd. Onder den uterus worden steriele doeken gelegd. Incisie van de voorvlakte van den uterus. De incisie treft de placenta. Deze wordt aan den linker kant losgemaakt. De vliezen worden gebroken, de rechter arm van de vrucht steekt uit de wond. De wond wordt vergroot naar boven. Het hoofd wordt geëxtraheerd, vervolgens de rest van de vrucht. De navelstreng wordt afgeklemd en doorgeknipt. De placenta ligt nu voor 't grootste gedeelte los en laat zich verwijderen. Vrij sterke, doch niet bedenkelijke bloeding uit de snijvlakte en uit het cavum uteri. De uterus wordt gehecht met een rij diepe en een rij oppervlakkige seroso-sereuse hechtingen. Gedurende het aanleggen der eerste rij hechtingen worden vliezen uit het cavum uteri door de wond verwijderd, en wegens de meer dan middelmatige bloeding de uterus gemasseerd, terwijl 2 maal een ergotine-injectie werd gemaakt. Na sluiting van den uterus wordt deze opnieuw gemasseerd, een coagulum valt uit de vagina. Hierna is de toestand van den uterus goed, het peritoneum is sterk gerimpeld. In de buikholte is geen bloed gekomen. De buikwond wordt in 3 étages gehecht, peritoneum en fascia elk met een doorloopende catguthechting, de huid met p. m. 30 dunne zijden hechtingen. Jodoform-drukverband. Pols na de operatie p. m. 90.

Het kind is „étonné", en schreeuwt na een warm bad en fricties binnen p. m. 4 minuten. Het heeft *een relatief te groot hoofd en korte ledematen.*

Geslacht: Vr., lengte *47.5*, Gewicht *3170* Gram. B. T. *8*, B. P. *10.5*, S. B. *9.5*, S. F. *10.5*, F. O. *11*, M. O. *13.5*. De groote fontanel is *zeer groot*, de kleine fontanel heeft een eigenaardige gedaante, doordat het achterhoofd met een spitse punt tusschen de pariëtalia loopt.

Het kraambed verloopt ongestoord, temp. $< 38^0$.

De abnormale grootte van 't hoofd in vergelijking van het gewicht van 't kind in verband met de kortheid der ledematen wijzen op *achondroplasia congenita* bij het kind, dat zich waarschijnlijk zal ontwikkelen tot een dwerg evenals de moeder.

De volgende maten geven een vergelijking tusschen de grootte onzer patiënt in vergelijking met die eener normale vrouw, en van de maten van haar kind, 20 dagen, vergeleken met twee ongeveer even oude kinderen.

	Janna B.	Normaal. (Vierordt).	Nº. 93. Kind Janna B. 20 d. vr.	Nº. 94. Kind Vr. J. 12 d. m.	Nº. 95a. Kind Vr. v. d. Sl. 9 d. m.
Lengte	123	156.5	48	56	53
Gewicht	?		3100	3520	3760
Voetzool-trochanter	53.5	84.8			
Coccyx-kruin	67	93.7	31	36.3	34
Breedte schouders	32.5	35.2	12.5	12	12
„ heupen	30.5	31.4	9	9.5	9.5
Lengte dij	27	39.8	9.25	11.5	11.25
„ onderbeen	26	37.8	7.5	9	8.5
„ voet	18.5	26	binnenk. 7	8	8
			buitenk. 6	7.6	7.5
„ groote teen	5	8	1.8	2.6	2.5
„ 2e teen	5	7.5			
„ opperarm	21.5	34	8	11	11
„ voorarm	17.5	26	7	9	8.5
„ hand	14	18.5			
„ middenvinger	8.7	11	3	4.5	4
B.T.			9	8.75	9
B.P.			11	9.5	10.25
S.B.			10.75	10.75	10.75
S.F.			11	11.75	11.75
F.O.			12	13.5	12
M.O.			⟨ 15	15	14.25

Puerperium.

Behalve de eene patiënt, die aan streptokokken-peritonitis stierf na sectio caesarea (nº. 26), en nº. 9, die na prophylactische versie en extractie gedurende eenige weken aan parametritis leed, hadden alle patiënten een ongestoord of weinig gestoord puerperium. Bijgaande tabel geeft van de lichte kraambedstoornissen een duidelijk overzicht. Dat bij nº. 36 (perforatie der doode vrucht) de hooge temperatuur was ontstaan vóór haar komst in de kliniek, bleek bij de eerste temperatuuropneming. Deze geschiedt bij barend ingebrachte vrouwen, evenals het opnemen van den pols, steeds vóór elken anderen ingreep. Daardoor is het mogelijk buiten de kliniek geïnfecteerde patiënten te onderscheiden van hen, die hunne hooge temperatuur in de kliniek verkregen hebben.

Ten einde een overzicht te geven van de resultaten in de kliniek verkregen, heb ik de uitkomst der baring van de multiparae (exc. de twee vrouwen die barende werden ingebracht, waar perforatie geschiedde), vergeleken met de uitkomsten van vroegere baringen. De uitkomst der baringen van de I-gravidae zijn vermeld op Tabel II.

TABEL XI.

Puerperium.

Van 33 gevallen was 23 maal de temperatuur in 't puerperium voortdurend beneden 38°.
In de volgende 10 gevallen werd een hoogere temperatuur waargenomen.

No.	Para.	Bekken.	C. v.	Baring.	Temperatuur.	Stoornissen.	Aanmerkingen.
9	IV	plat rach.	8.5	*Versie* uit schedelligging.	Langeren tijd boven 39.5°.	*Parametritis.*	Geruimen tijd in de gynaecologische afdeeling verpleegd, hersteld ontslagen.
26	I*a*	alg. vern. rach. dwerg	7—8	*Sectio caesarea.*	Toenemende stijging tot *exitus letalis* zie tekst.	*Streptokokken-peritonitis.*	† 12e dag, zie uitvoeriger historia morbi en sectieverslag.
30	I*a*	alg. vern.	9.3/4	Spontaan, snelle baring.	8e dag 38°.8 daarna dalend.	Beginnende *mastitis.*	Onder rust en suspensio mammarum genezen
35	II*a*	plat rach.	7.5 à 8	Partus provocatus. Versie uit Schedelligging.	6e dag 38 8 daarna normaal	—	Prophylactische versie, zeer moeilijke extractie, asphyctisch kind, niet bijgebracht, sterk vervormde schedel, bekkenindruk.
36	I*a*	plat rach.	8.5	*Perforatie* der doode vrucht.	1e dag 39.9 2e 39.8 3e 38.5 4e 38.4 5e 37° 5.	2e dag oedema labiorum stinkende lochiën.	Barende ingebracht met temp. 39.9 pols 100. Kind afgestorven rottend, enorme foetor, perforatie der doode vrucht.
72	V*a*	alg vern. plat rach.	⟨8	*Partus provocatus*, spontane baring *manueele verwijdering der placenta.*	6e dag 38°.8 overigens normaal.	Geen oorzaak te vinden.	12e dag, p.p. hersteld ontslagen.
73	I*a*	eenv. plat.	9.3/4	Partus immaturus *gemacereerde vrucht.*	4e dag 38°.5 overigens normaal.	Obstipatio alvi.	Na ol. ricini ruime depositio alvi.
83	III*a*	plat rach.	8—8.5	Partus provocatus, extractie aan de voeten.	4e dag 38°.7 overigens normaal.	Obstipatio alvi.	Na glycerine, lavement en ol. ricini ruime depositio alvi.
54	I*a*	plat rach.	⟨8	*Perforatie der doode vrucht.*	5e dag 38°.8 daarna ⟨38°.	Obstipatio alvi.	Barende ingebracht na ol. ricini ruime depositio alvi.
69*b*	IX*a*	plat rach.	8.5	*Forceps* (hooge tang).	2e dag 38°.3 daarna ⟨38°.	Diarrhoë.	Van den 1e—8e dag diarrhoe.

TABEL XII. Vergelijking der geobserveerde ba

Sp. = spontane Baring. F. = Forc

				Eerste baring.			Volgende baringen.			G
7	IV	plat rach.	$8^3/_4$	Sp.	l.		2° Sp. 3° F.	l.	 †	Schedell.
9	IV	plat rach.	8.5	F.		†	2° F. 3° F.		† †	Schedell.
17	VIII	plat rach.	8.5	Sp.	l.		2° Sp. 3° „ 4° F. 5° F. 6° F. 7° F.	l. l.	 † † † †	*Dwarsl.*
31	II	alg. vern. plat rach.	8.5	P.		†	—			Schedell.
35	II	plat rach.	7.5—8	P.		†				Schedell.
37	VI	plat.	$8^3/_4$—9	F.	l.		2° F. 3° V. 4° Sp. 5° V.	l. l. l. l.		*Dwarsl.*
59	IV	alg. vern. plat rach.	8.5	Sp.		†	2° Sp. 3° F. 4° V.		† † †	*Stuitl.*
68	II	alg. vern. plat rach.	8.5	V.		†	—			Schedell.
69a	VIII	alg. vern. plat rach.	8	F.		†	2° V. 3° F. 4° {F. V. F. 5° F. 6° {F. V. F. 7° V.		† † † † † † † †	*Dwarsl.*
69b	IXa	plat rach.	8.5	V.	l.		2° E. 3° V. 4° „ 5° „ 6° „	l. l. l. l. l.		*Schedell.*
71	Va	plat rach.	8.5	F.		†	2° V. 3° V. 4° V.	 l. l.	†	*Stuitl.*
72	Va	alg. vern. plat rach.	< 8	Sp.	l.		2° V. 3° V. 4° V.	 l. l.	†	*Schedell.*
81	II	plat rach.	< 8	F.		†	—			*Schedell.*
83	IV	alg. vern. plat rach.	8	Sp.	l.		2° F. 3° F.		† †	Schedell.
84	III	plat rach.	8—8.5	Gemac.		†	2° V.		†	*Voetl.*
90	IIa	alg. vern. plat rach.	< 7.5	F.		†	—			Schedell.
92	IIIa	plat.	8.5	F.	l.		—			Schedell.
95a	II	plat rach.	> 9	F.		†	—			Schedell.

Bij de *eerste* baring kregen 18 moeders 7 leve
Bij de volgende baringen kregen 12 moeders 17 leve
Bij de geobserveerde baring kregen 18 moeders 13 leve

de voorafgegane (exc. 2 perforaties).

= Versie. E. = Extractie. P. = Perforatie.

…erde baring.					
…sie.		† na 2 d.	51	4050	Moeilijke extractie, schedellaesie, hersenbloeding.
…sie.	l.		49	2960	Gemakkelijke versie en extractie K. schreeuwt
…sie (partus provocatus).	l.		50	3300	Gemakkelijke extractie. Kind schreeuwt.
…sie.	l.		56	4650	Eenige moeite nakomend hoofd. Kind Asphyctisch, spoedig bijgebracht.
…sie (partus provocatus).		† asph.	51	2650	Moeilijke extractie, armbreuk. schedeldeuk.
…sie.	l.		47.5	3010	Gemakkelijke extractie, kind schreeuwt.
…halen v. d. voet. Extractie …partus provocatus)	l		52	3355	
…ntaan	l.		52	3780	Sterk gemouleerde schedel.
…sie.	l.		51.5	3640	4e en 6e Partus gemelli 1e kind forceps 2e versie, forceps nakomend hoofd. Deze maal zeer moeilijke ontwikkeling der armen fract. humeri dextr. claviculae sin. Nakomend hoofd niet zeer moeilijk.
…rceps (hoofd met een segment …ngedaald).	l.		52	3450	3 abortus niet meegerekend.
…ntaan, gemakkelijke ontwikkeling van 't hoofd.	l.		52	3580	Kind niet asphyctisch.
…ntaan (partus provocatus).	l.		48.5	2750	Zeer sterk gemouleerde schedel.
…rceps (partus provocatus).	l.		49	2450	Impressie van 't op 't bekken staande hoofd (Walcher, narcose).
…sie wegens prolapsus funiculi.		† asph.	53	3700	1° Klein kind, 2 en 3 „dik" kind. Moeilijke extractie, gebrekkige assistentie, fract. humeri schedeldeuk.
…rtus provocatus. Extractie.	l.		50	3040	Sterk gemouleerd hoofd, schedeldeuk.
…rceps.		† na 8 d.	50	3000	Impressie van 't hoofd in 't bekken (Walcher, narcose). Doodsoorzaak van 't kind *pneumonie* geen schedellaesie.
…ntaan.		† na 3 d.	49.5	3410	Gemakkelijke baring. Kind schreeuwt, anurie na 3 d. † hartgebrek (communicatie van beide ventrikels).
…ntaan.	l.		54	3860	

11 doode kinderen († 1 gemacereerd)

23 doode kinderen.

5 doode kinderen (inclusief één kind † 8e dag, (en een kind † 3e dag)

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE
in de Vergaderingen van November 1899 tot Januari 1900,

DER

NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING
TE AMSTERDAM.

Vergadering van Zondag 12 Nov. 1899.

Voorzitter: Prof. TREUB.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Nadat de notulen zijn gelezen en goedgekeurd wordt door de secretaresse een schrijven voorgelezen van Prof. Veit, waarbij deze voor zijn lidmaatschap van de Ned. Gyn. Vereeniging bedankt. Dit schrijven wordt voor kennisgeving aangenomen.

De afgevaardigde naar het 3de Internationale Congres voor Verloskunde en Gynaecologie brengt hierop haar verslag uit.

Daarna volgen de wetenschappelijke mededeelingen.

Allereerst een voordracht van Prof. Nijhoff over baring bij bekkenvernauwingen, waarnemingen uit de Groningsche kliniek. Deze voordracht, die in extenso in het Tijdschrift zal worden gepubliceerd, geeft aanleiding tot de volgende discussie.

Prof. Treub wenscht in de eerste plaats te vragen, wat Procrustus-bed in de Groningsche kraaminrichting in gebruik is; de heer Nijhoff heeft gezegd, dat de kinderen misschien wat veel werden uitgerekt. Dit schijnt inderdaad uit de maten te blijken. In de tweede plaats wil hij de vraag stellen, waarom de Heer Nijhoff den naam van prophylactische versie verwerpt voor het geval waar bij beweeglijk hoofd boven den bekkeningang, volkomen ontsluiting en gebroken vliezen de keering werd verricht.

De heer Nijhoff geeft ten antwoord, dat het Procrustus-bed een tafel is, waarop het kind wordt neergelegd. Eén assistent trekt het kind recht, terwijl een tweede den afstand meet van den hiel tot aan de projectie van de kruin op het horizontale vlak.

Wat de prophylactische versie betreft, spreker heeft deze vraag uitgelokt. Hij hangt niet aan een naam, maar hij meent, dat het noodig is, onderscheid te maken tusschen prophylactische versie bij staande en prophylactische versie bij gebroken vliezen. Wanneer men versie

verricht bij hoogstaand hoofd, staande vliezen en 7 of 8 cM. ontsluiting dan weet men niets. Nà 't breken der vliezen weet men veel meer. Er zijn dan bepaalde momenten, die de versie indiceeren, b. v. atonie of ongunstige stand van 't hoofd. Wie zich voorneemt de versie eerst te doen nà 't breken der vliezen, zal die in veel gevallen niet doen.

De heer Treub repliceert dat hij wèl aan een naam hangt, als die naam de juiste uitdrukking is van een scherp omschreven begrip. De prophylactische versie heeft ten doel gevaren te voorkomen.

Met den naam „prophylactische versie" voor zijn laatst medegedeelde geval te verwerpen, spant de heer Nijhoff het paard achter den wagen. De discussie moet loopen, niet over de vraag wat een prophylactische versie is, maar over de vraag wanneer men een prophylactische versie geindiceerd mag achten.

Prof. Nijhoff zou een prophylactische versie *a* en een prophylactische versie *b* willen onderscheiden. Het keeren bij uitgezakte navelstreng of bij placenta praevia is ook een prophylactische keering.

Prof. Treub is het met dit laatste niet eens; in de beide laatstgenoemde gevallen bestaan bepaalde gevaren, die met zekerheid dreigen.

De heer Nijhoff herhaalt, dat het wenschelijk is zijn standpunt juist te omschrijven. Men kan bij vernauwd bekken, hoogstaand hoofd en staande vliezen principieel versie doen; men kan principieel wachten tot de vliezen zijn gebroken. In het laatste geval wordt de prophylactische versie veel minder vaak uitgevoerd, wat spreker een voordeel vindt.

De heer Stratz merkt op, dat in de school van Schroeder het al of niet gebroken zijn der vliezen bij prophyl. versie van ondergeschikt belang werd geacht. Het criterium was de indrukbaarheid van het hoofd in het kleine bekken. Het niet gebroken zijn der vliezen maakt echter de prognose voor het kind veel gunstiger. Wat de verhouding tusschen de conjugata diagonalis en de conjugata vera betreft, spreker meent, dat men zich toch wel hoùden kan bij den regel om van de diagonalis af te trekken 1,5 voor een gewoon en 2 voor een rachitisch bekken. De aldus gevonden conj. vera kan men controleeren door vergelijking met de kleinste afmeting van den kinderschedel. Heeft Prof. Nijhoff ook een tabel van de maten van den kinderschedel aangelegd?

De heer Nijhoff antwoordt, dat die tabel nog in bewerking is. Van elk der 100 kinderen zijn de zes schedelmaten genomen.

Wanneer Dr. Stratz zich de moeite wil geven in de literatuur na te slaan, wat er over de verhouding tusschen conj. vera en conj. diagonalis geschreven is, dan zal hij vinden quot capita tot sensus.

Winckel zegt: anderhalf aftrekken, niet twee. De Franschen trekken twee af, wanneer de diagonalis groot is, anderhalf wanneer zij gewoon is, één wanneer zij beneden den norm is.

Spreker is van meening dat het praktischer en gemakkelijker is, te rekenen met de conj. diagonalis die men direct meet. De grens der ernstige bekkenvernauwingen ligt bij een conj. diagonalis van 10. Deze maat is gemakkelijk te bepalen; met eenige oefening leert men al heel gauw schatten of de afstand tusschen promontorium en onderrand symphysis meer of minder dan 10 cM. bedraagt.

Hierop wordt de discussie gesloten, en verkrijgt de heer Kouwer het woord voor eene demonstratie van tumoren.

De eerste tumor is een baarmoeder, die per laparotomiam verwijderd is, en die rechts en links een gesteeld myoom draagt. Het niet voelbaar zijn der ovariën en de symmetrische vorm der tumoren had de diagnose doen stellen op twee eierstoksgezwellen. De mucosa bleek bij 't openen van den uterus vrij dik te zijn; toch waren er geen menorrhagieën geweest. De indicatie tot opereeren bestond in hevige pijn, die na een val was ontstaan.

Het tweede praeparaat was ook een symmetrisch gezwel; de uterus zat als een kapje in het midden, rechts en links bevonden zich de vergroote adnexen; de ligg. rot. waren als strak gespannen teugels rechts en links te voelen.

Het derde is een sectie-praeparaat, afkomstig van een eklamptica van 44 jaar die elf kinderen had gehad. Pat. leed sinds 10 dagen aan hoofdpijn, en werd na den 4den eklamptischen aanval in de kliniek gebracht. Zij lag in coma en vertoonde Cheyne-Stokes' ademhalingsphenomeen. Per katheter werd 300 gram urine ontlast, die veel eiwit bevatte.

Een vijfde eklamptische aanval werd met 20 mgr. morphine bestreden.

De zwangerschap was tot de 6de maand gevorderd. Er waren zwakke contracties, geen hartstonen. Het ost. int was gesloten.

De algemeene toestand was zeer ongunstig, de pols klein en frequent. Spreker meende toch nog een poging te moeten wagen om de patiënte te redden, al beloofde die weinig succes. Hij verrichtte, als minst ingrijpende operatie, de hysterotomia anterior vaginalis. Het kind werd, nà perforatie, geëxtraheerd en de placenta manueel verwijderd. Na jodoformgaastamponnade van den uterus werd de wond gesloten. Later werden intraveneuse en subcutane zoutwaterinjecties gegeven, waarna de pols veel beter werd. Er volgde sterke zweetsecretie. Na eenige uren trad long-oedeem op en werd kunstmatige ademhaling toegepast met voorbijgaand succes. Het coma duurt voort. Achttien uren post operationem exitus letalis.

Bij de obductie blijkt, dat de uterussnede de peritoneaalholte even geopend heeft.

Het hart is hypertrophisch.

De lever vertoont kleine bloeduitstortingen, de nieren troebele zwelling. De ureteren zijn niet verwijd.

De longen zijn oedemateus, en bevatten embolieën van leverweefsel en reuzencellen.

Aan den uterus is een gerekt onderste uterus-segment duidelijk zichtbaar.

De heer Treub vraagt naar aanleiding van het laatste punt of er contracties geweest waren. De heer Kouwer antwoordt bevestigend, het waren echter zeer zwakke samentrekkingen geweest; de duidelijke ontwikkeling van een gerekt onderste uterussegment is daarom zeer opmerkenswaardig.

De heer Selhorst meent, dat in gevallen als het hier medegedeelde misschien succes zou te wachten zijn van accouchement forcé. Hij herinnert aan het soortgelijke geval dat hij indertijd met den ballon van Champetier de Ribes behandeld heeft en later in deze Vereeniging medegedeeld. Ook daar was de vrouw in een desolaten toestand.

De heer Kouwer repliceert, dat er in zijn geval zelfs nog geen begin van ontsluiting bestond. Het accouchement forcé zou honderdmaal ingrijpender geweest zijn, dan de door hem gevolgde methode, die meer heroiek schijnt, maar in een kliniek feitelijk veel minder heroiek is.

De heer Selhorst zegt, dat ook in zijn geval het collum niet toegankelijk was.

Prof. Nijhoff herinnert er aan, dat hij reeds bij de discussie over 't geval van den heer Selhorst twijfel geopperd heeft, of de diagnose eklampsie wel juist was. Waar de inwendige veranderingen zoo groot en intensief zijn als in het geval van Prof. Kouwer, daar schiet uit den aard der zaak elke therapie te kort.

Prof. Treub merkt op, dat de mededeeling van prof. Kouwer niet ten doel had een bepaalde behandelingswijze van eklampsie aan te raden, maar alléén te wijzen op de geringe beteekenis van het chirurgisch ingrijpen, dat den algemeenen toestand niet merkbaar heeft verslechterd, en ongetwijfeld veel minder bedenkelijk is, dan de onzekere behandeling van het accouchement forcé.

De heer Selhorst demonstreert hierop een fibromyoom van de vagina, verwijderd bij een meisje van 19 jaar, die nog nooit had gemenstrueerd. De tumor puilde uit de vagina naar buiten, en daar er bij inprikken met een mesje een teerachtige stof naar buiten kwam, had men de diagnose gesteld op gynatresie. De tumor ver-

oorzaakte hoegenaamd geen last Spreker heeft hem door enucleatie verwijderd. Bij microscopisch onderzoek bleek het een fibroom met enkele gladde spiervezels te zijn. De rand was gangraeneus met talrijke bloeduitstortingen. Spreker heeft in de literatuur gevonden, dat bij fibromyomen van de vagina in den regel de menstruatie ontbreekt.

In de tweede plaats deelt de heer Selhorst mede, dat hij dubbelzijdige ovariotomie heeft verricht bij een gravida van 23 jaar, die 9 Juni 't laatst had gemenstrueerd. In het vorige jaar had zij geleden aan locale peritonitis. In Juli kreeg zij een aanval van hevige pijn in den buik, die 14 dagen aanhield.

Patiënte werd 17 Sept. in 't ziekenhuis opgenomen.

Bij onderzoek in narkose werd rechts een tumor gevonden, die tot aan den darmbeenskam en naar links iets over de mediaanlijn reikte; bij inwendig onderzoek bleek ook het cavum Douglasii gevuld. Links was een kleinere tumor te voelen. De uterus kon niet duidelijk worden gepalpeerd.

Bij de operatie bleek, dat de grootste der tumoren steeldraaiïng vertoonde. Beide werden verwijderd. Een stereoscopische opname van den grootsten tumor werd door spreker vertoond.

De zwangerschap werd door de operatie niet afgebroken.

In de derde plaats vertoont de heer Selhorst een myomateusen uterus, dien hij bij een meisje van 20 jaar wegens bloedingen per vaginam heeft geëxtirpeerd.

Naar aanleiding van het laatste geval merkt Prof. Treub op, dat enucleatie van het myoom bij deze jeugdige patiënte toch wel de voorkeur verdiend had boven uterus-extirpatie. Als deze door de nauwe vagina niet mogelijk was per vaginam, dan had hier zeker de laparotomie in aanmerking dienen te komen.

De heer Selhorst heeft wegens de sterke chlorose niet durven wagen de laparotomie te verrichtten, en daarom per vaginam geopereerd.

Naar aanleiding van het eerste der door Dr. Selhorst medegedeelde gevallen, vertoont de heer Becking insgelijks een myoom van de vagina, verwijderd bij eene patiënte, waar hij vroeger per laparotomiam reeds een myoom en een groot ovariaalcystoom had weggenomen.

Dr. Barnouw vraagt, of bij deze patiënte, evenals bij die van Dr. Selhorst, de menstruatie ontbrak. Het antwoordt luidt, dat de menstruatie integendeel zeer sterk was, zoodat de patiënte juist daardoor bewogen werd den vaginaal-tumor te laten wegnemen, wat zij eerst had geweigerd.

Daar de tijd verstreken is, worden de overige punten, die op de agenda staan, tot de volgende zitting verdaagd, en nadat het jaar-

verslag van den penningmeester is uitgebracht en goedgekeurd, de vergadering gesloten.

Vergadering van Zondag 10 December 1899.

Voorzitter: Prof. Treub.

Secretaresse: Dr. Catharine van Tussenbroek.

Nadat de notulen der vorige vergadering zijn gelezen en goedgekeurd verkrijgt de heer Kouwer het woord ter demonstratie van een dubbelmonster. Het is een dier misvormingen, die onder den naam van diprosopus zijn bekend: een foetus met dubbel aangezicht, één links, één rechts, waarbij de hersenschedel ontbreekt; dus tevens anencephalus.

De niet geheel voldragen foetus vertoont overigens geen afwijkingen. Extremiteiten, anus en geslachtsorganen zijn normaal gebouwd. De foetus is, zooals meestal bij dubbel-misvormingen voorkomt, van het vrouwelijk geslacht.

Spreker laat nu de verschillende theorieën over 't ontstaan dezer monstra de revue passeeren.

Volgens de oudste, nu algemeen verlaten theorie, zou de kiem reeds in den aanvang misvormd zijn.

In de tweede plaats komt de vergroeiingstheorie. Twee kiemen, in één ei aanwezig, zouden zich tot tweelingen ontwikkelen als zij ver van elkaar waren gelegen; lagen zij echter dicht bij elkaar, dan zou er een dubbelmonstrum uit ontstaan.

Tegen deze theorie is aangevoerd, dat bijna alle dubbelmonstra volkomen symmetrische vormen vertoonen, en dat men zich een zoo symmetrische vergroeiing moeilijk kan denken, daar deze eischen zou, dat steeds gelijkwaardige deelen met elkaar in contact waren geweest. Ofschoon spreker de waarde dezer bedenking erkent, acht hij de vergroeiingstheorie toch niet voor alle gevallen verwerpelijk. Het is hem namelijk bij 't doorbladeren van Ahlfeld's atlas gebleken, dat er ook vormen zijn waarbij de symmetrie ontbreekt.

Volgens Ahlfeld zou men nog nooit twee kiemvlekken in een ei hebben kunnen ontdekken. Aan Dareste is dit echter bij kippeneieren reeds lang geleden gelukt. Hij kon zelfs waarnemen, dat deze kiemen bezig waren symmetrisch te vergroeien. Het gelukte echter niet experimenteel deze vergroeiingen te maken.

De derde is de splijtingstheorie. De oorspronkelijk enkelvoudig aangelegde kiem zou door splijting gedeeltelijk in tweeën worden gekliefd, gedeeltelijk enkelvoudig blijven. Mechanische processen zouden hier een rol kunnen spelen. Het is denkbaar, dat bij over-

maat van vormingsmateriaal de zona pellucida een ongelijkmatige drukking zou uitoefenen en daarmede een insnoering tot stand brengen. Daar de kop de grootste afmeting heeft, zou hierdoor verklaard worden, dat de insnoering als regel aan de kopzijde geschiedt, en er dus meer duplicitas anterior dan posterior voorkomt.

Het is moeilijk tusschen de splijtings- en de vergroeiingstheorie eene keus te doen; spreker meent echter, dat er geen termen bestaan om zich aan één van beide uitsluitend vast te houden. Waar twee embryonen met een dunne brug samenhangen acht hij vergroeiing waarschijnlijk. Bij uitgebreide verbinding der embryonen heeft de splitsingstheorie meer vóór zich.

Voorts meent spreker dat men de zaak niet alléén van de ovogene maar ook van de spermatogene zijde moet beschouwen. Voor het ontstaan van tweelingen althans staat ook de mannelijke invloed vast. Er komen families voor, waar tweelingzwangerschap zich herhaalt in de mannelijke linie.

Spreker is overigens van de duisterheid der aetiologie van de dubbelmonstra overtuigd. Hij verheugt zich daarom zeer over de tegenwoordigheid van Prof. Bolk, die zich juist met de aetiologie van monstra in verband met de segmentaal-anatomie heeft bezig gehouden. Hij is verlangend te vernemen of de segmentaal-anatomie ook voor de verklaring van dubbelmonstra beteekenis heeft.

Prof. Bolk antwoordt dat de aetiologie van dubbelmonstra met de segmentatie niets te maken heeft. Hij hecht hier vooral beteekenis aan de splijtingstheorie, waarover in den laatsten tijd interessante experimenten zijn genomen.

Het is bij kikvorschen en salamanders gebleken, dat wanneer een gedeeltelijk ontwikkelde kiem in overlangsche richting wordt gespleten, elk der beide helften zich ontwikkelt tot een geheel object. Bij gedeeltelijke splitsing ontwikkelen zich de gesplitste deelen volledig, en hierdoor wordt de symmetrie der dubbelmonstra verklaard.

Dr. Stratz vraagt of in den laatsten tijd niet door Born de proef is genomen om bij kikkers twee embryonen tegen elkaar te leggen en te laten vergroeien.

Prof. Bolk bevestigt dit; de proef is genomen bij wormen en bij amphioxus. Men heeft ook ongelijknamige deelen tegen elkaar gelegd en zoo asymmetrische vergroeiingen verkregen.

Prof. Nijhoff stelt voor de verdere discussie over dit onderwerp te verdagen en in een nader te bepalen vergadering alle dubbelmonstra meê te brengen, die in 't bezit van de leden zijn, ten einde deze te vergelijken en te bespreken.

Prof. Treub vraagt of Prof. Bolk daar eenig resultaat van

verwacht. Prof. Bolk antwoordt, dat men op deze wijze wel niet zal komen tot eene verklaring van de aetiologie, die in de ontwikkelingsgeschiedenis ligt. Een vergelijking van een reeks van dergelijke misvormingen kan echter wel interessant zijn.

Prof. Nijhoff ziet er dit voordeel in, dat elk der bezitters van monstra zijn objecten eens goed bekijkt en zich op de gedachtenwisseling voorbereidt.

Prof. Treub zegt, dat er van den kant van het bestuur geen bezwaar bestaat op het voorstel van Prof. Nijhoff in te gaan, dat dus te gelegener tijd zal worden uitgevoerd.

Prof. Nijhoff vertoont hierop een radiogram van het bekken met chondrodystrophie, dat in zijn voordracht in de Novembervergadering ter sprake kwam, en een radiogram van het kind van die patiënte. Typisch is de verkorting der lange beenderen aan de extremiteiten, zonder dat deze beenderen zijn verkromd.

Dr. Mendes de Leon deelt hierop een geval mede van elephantiasis vulvae. Deze gevallen zijn zeldzaam. In de oudere literatuur vond spreker 46 gevallen verzameld door Mayer. In de nieuwe literatuur komen daar nog een 14 tal gevallen bij. Prof. van der Meij heeft voor eenige jaren nog 2 gevallen medegedeeld.

Naar het makroskopisch aspect onderscheidt men elephantiasis glabra, verrucosa en papillomatosa.

De diagnose levert geen moeilijkheden op. Men herkent de afwijking op 't eerste aspect. Spreker vertoont eenige photographieën van het door hem geopereerde geval, en laat de geamputeerde tumormassa zien. De mikroskopische veranderingen zijn waar te nemen aan een paar door Dr. Holleman vervaardigde praeparaten. Zij bestaan in hyperplasie van de huid met locale ontstekingshaarden; tevens is er uitzetting en vermeerdering van de lymphspleten. In casu bestond er geen afzetting van pigment, die in andere gevallen somtijds is waargenomen. De klinische symptomen der elephantiasis bestaan in belangrijke secretie, die uit de lymphstuwing te verklaren is, pruritus en incontinentia urinae.

Het is nog niet geheel zeker hoe de incontinentia urinae moet worden verklaard. In sprekers geval bestond er een zeer wijde urethra, die gemakkelijk den vingertop toeliet. Tevens was er een dikke slijmvliesplooi aanwezig die van den voorwand naar den achterwand der vagina verliep. Spreker heeft nu gemeend dat deze slijmvliesplooi een belemmering was voor de cohabitatie, en dat de coïtus in de urethra was uitgevoerd, waardoor deze was verwijd en de incontinentie veroorzaakt. In de literatuur vond hij echter de incontinentie als een frequent verschijnsel bij elephantiasis vermeld, met de verklaring dat door de zwaarte van den tumor aan de urethra

werd getrokken en aldus de dilatatie tot stand zou komen. In zijn geval had het afvloeien van de urine een uitgebreid eczeem veroorzaakt. De therapie kan natuurlijk alléén uit operatieve verwijdering der tumoren bestaan. In de literatuur wordt daarbij van twee moeilijkheden melding gemaakt. In de eerste plaats van belangrijke bloeding, zoodat Schroeder zelfs aanraadt te hechten nà elke incisie. In de tweede plaats van slechte genezing door infectie. Noch het ééne noch het andere deed zich bij deze operatie voor. Wel is er eene andere complicatie opgetreden. Daar er nl. tijdens de narkose ontlasting van faeces plaats vond, schoof spreker een tampon in 't rectum, waarbij hij iets voelde scheuren. Later bleek, dat er een recto-vaginaalfistel was ontstaan. Er was hier dus blijkbaar een pathologische broosheid van 't weefsel, daar 't inbrengen van een tampon anders niet had kunnen voeren tot zulk een accident. Een poging om door plastische operatie de opening te sluiten, voerde tot geen resultaat, zoodat patiënte na een week of 4 ontslagen werd met een recto-vaginaalfistel, waarvoor zij later opnieuw zal worden geopereerd.

Bij het ontslag der patiënte was de incontinentia urinae aanzienlijk verbeterd, zoodat deze afwijking vermoedelijk wel verder zal genezen.

De heer Driessen vraagt of er in de anamnese van deze patiënte iets was, wat op lues wees. Hij heeft bij Prof. van Haren Noman gevallen van elephantiasis gezien, die zich ontwikkelden op luetischen bodem. Genezen gummata geven aanleiding tot litteekenretractie en deze tot lymphstuwing.

Dr. Mendes de Leon heeft op dit punt gelet en meent lues te kunnen uitsluiten. De vrouw is 27 jaar gehuwd geweest; zij heeft 9 kinderen gehad, die allen spontaan geboren zijn, en 3 miskramen. Van de 9 kinderen zijn er 6 in leven. Het zijn stevige, gezonde jongens.

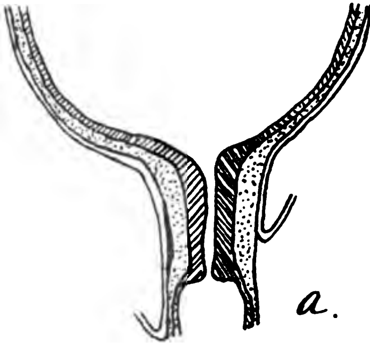
De verschijnselen hebben zich bij patiënte langzaam ontwikkeld; zij had reeds jaren lang hinder met zitten. Deze hinder en de incontinentia urinae hebben haar genoopt hulp te zoeken.

Prof. Treub heeft een analoog geval gehad, waarvan hij de photographie laat rondgaan. In dat geval was syphilis aanwezig. Spreker wenscht echter te wijzen op de mogelijkheid van een andere aetiologie. Heeft Dr. Mendes bij 't nakijken van de literatuur ook iets gevonden wat er op wijzen zou, dat de incontinentia urinae primair en de elephantiasis secundair zou zijn? In gevallen van langdurige incontinentie ziet men chron. dermatitis met verdikking van de huid optreden, die veel op een begin van elephantiasis lijkt. De dilatatie van de urethra zou dan secundair kunnen zijn, en daardoor zou de incontinentie weer worden verergerd.

Dr. Mendes heeft hierover niets in de literatuur gevonden.

Het door Prof. Treub genoemde aetiologisch moment komt hem niet onwaarschijnlijk voor. In zijn geval was echter de incontinentie zeker secundair. Patiënte had al een jaar of acht last, en de incontinentie dateerde eerst van de laatste drie maanden. De incontinentie schijnt dikwijls een laat optredend verschijnsel te zijn. Volgens Zweifel wordt de toestand der patiënten eerst slecht, als zij over incontinentie beginnen te klagen.

Vervolgens houdt Prof. Bolk een voordracht over de veranderingen, die tijdens de zwangerschap in de cervix der slank-apen optreden.



Er bestaan enkele verspreide onderzoekingen over de placentatie der apen; over den apen-uterus is echter zoo goed als niets bekend. Spreker is nu in de gunstige omstandigheid van vijf zwangere uteri te bezitten van hetzelfde apengeslacht. Het jongste stadium valt reeds in de tweede helft der graviditeit.

De vorm van den uterus wijkt niet veel van den menschelijken uterus af. Aan den niet zwangeren uterus ontbreekt echter een grens tusschen corpus en cervix; deze treedt eerst bij de zwangerschap op.

De veranderingen, die tijdens de zwangerschap in de apen-cervix optreden, worden nu door spreker met behulp van vijf schetsen toegelicht.

In fig. *a*, het jongste stadium, ziet men een doorsnede door het onderste deel van den uterus, de cervix en een deel van de vagina (slijmvlies gearceerd, spierlaag gepuncteerd, serosa helder). Men ziet, dat de serosa aan de voorzijde tot halverwege de cervix, aan de achterzijde tot aan de vagina reikt. De cervix heeft geen eigenlijke portio vaginalis. De zeer dikke spierwand van de cervix zet zich onmiddellijk in den veel dunneren van het corpus voort. Het cervixslijmvlies is gezwollen en vertoont overlangsche plooien; de hals is een eenvoudig cilindrisch kanaal. Het in den uterus bevatte embryo was nog geheel onbehaard.

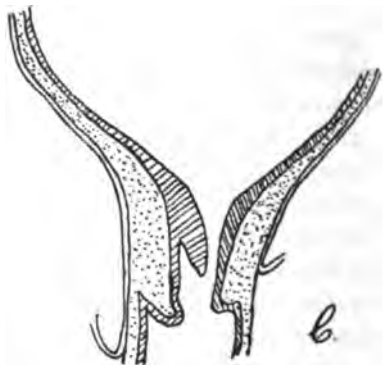


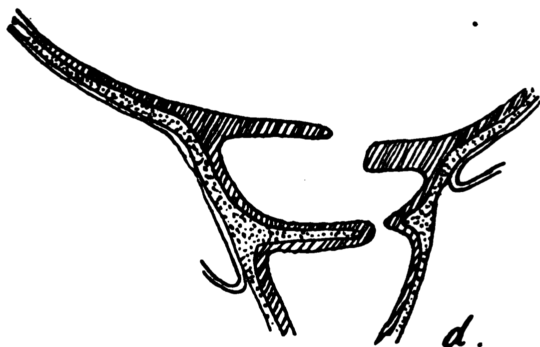
Fig. *b* stelt het tweede stadium voor. De muscularis van de cervix is hier nog veel dikker; dientengevolge begint er een portio vaginalis te ontstaan. Het lab. post. dier portio is veel sterker ontwikkeld dan het lab. ant. Het cervixslijmvlies splitst zich in een dik bovenste en een dun onderste gedeelte, door welke splitsing in 't midden van de cervix een slijmvlieslip ontstaat; aanvankelijk alléen aan de achterzijde. Het slijmvlies wordt daarbij minder geplooid.

Het embryo in dezen uterus was reeds behaard, doch alléén aan den kop.

In het derde stadium (fig. *c*) was het embryo geheel behaard.

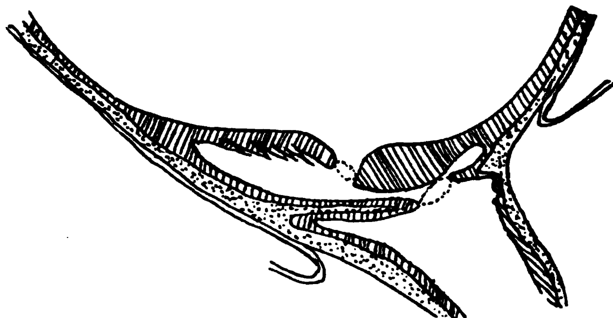
De portio vag. is hier veel sterker ontwikkeld, vooral de achterlip. De portio is tevens dunner geworden. In de cervix is nu ook aan den voorwand een slijmvliesplooi ontstaan; de voorste plooi is veel grooter geworden dan de achterste. Het cervikaal-kanaal is nu nog duidelijker in twee helften gesplitst, waarvan de bovenste nauw, de onderste verwijd is. De grens tusschen beide kan men als ostium intermedium qualificeeren. Het ostium intermedium kijkt naar achteren, het ostium externum naar voren, omgekeerd als bij den mensch. De ruimte van de cervix is opgevuld door een uiterst taaie, niet samendrukbare slijmmassa.


c.


d.

In fig. *d* wijkt het bovenste deel van de cervixwanden sterk uiteen: het ostium internum is verstreken. De toegang tot den uterus wordt hier gevormd door het ostium intermedium; de beide labia intermedia zijn daarbij gekomen in een horizontaal vlak. De canalis cervicalis is geworden tot een cavum cervicale.

Er komen nu ook (zie fig. *e.*) veranderingen in den bouw van den wand. De cavitas cervicalis is van boven naar beneden samengedrukt. Het lab. ant. is van vorm veranderd; het loopt uit, eenerzijds in een steel, die aan den wand zit bevestigd, anderzijds in een verdikking, die 't ost. ext. afsluit (portio occludens). Het lab. post. heeft zich aan de onderzijde in een aantal slijmvliesdraden uitgerafeld, die in den slijmprop hangen. Het is niet zeker of wij hier met een overmatige slijmsecretie hebben te doen, of met een slijmige degeneratie waardoor de portio occludens later verdwijnt.



De vraag is nu, welke beteekenis aan deze tijdelijke vormingen moet worden gehecht.

De portio occludens vormt zich misschien om te verhinderen dat het ost. ext. wordt opengerukt.

De uiterst taaie slijmprop dient misschien als aanvullingsmateriaal voor de cervixholte. Het is echter niet onmogelijk, dat zij nog een andere beteekenis heeft. Er is in de amnionholte van den aap zeer weinig vruchtwater; het amnion ligt zeer nauw tegen het embryonale lichaam aan. Er kan zich bij den partus dus geen eigenlijke vochtblaas vormen, en het is denkbaar, dat de slijmprop in de cervix hier de rol van de vochtblaas overneemt, en de ontsluiting hier van onder uit wordt bewerkstelligd.

Nog een andere functie van de slijmmassa kan men zich denken. De zwangere uterus van den aap vindt in het beenige bekken weinig steun, omdat dit geen gesloten kanaal vormt. De bodem van den uterus is betrekkelijk dun. In een vroeg stadium van de zwangerschap wordt deze versterkt door de dikke spierlaag van de cervix; in een later stadium door den resistenten slijmprop.

Het is nu een merkwaardig verschijnsel dat cervix, portio occludens en eigenlijke portio vaginalis zich eerst tijdens de zwangerschap vormen, om later weer te verdwijnen.

Spreker vergelijkt hiermede het feit, dat bij sommige apen alléén tijdens den paartijd een scrotum aanwezig is. Bij andere, verwante apen van hoogere orde is het scrotum permanent. Periodieke verschijnselen bij lagere vormen vindt men soms bij hoogere constant.

In dit licht heeft men misschien het feit te beschouwen, dat cervix en portio vaginalis, die bij den mensch tijdens het geheele leven worden aangetroffen, bij den aap alléén optreden tijdens de zwangerschap.

Spreker vindt een steun voor deze opvatting in het feit, dat de portio occludens een enkele maal ook is waargenomen bij de vrouw. Door Müller wordt daarvan een waarneming medegedeeld.

Dr. Mendes de Leon deelt mede, dat hij door toevallige omstandigheden in 't bezit is van twee apen-uteri, waarvan de één zwanger en de andere niet zwanger is. Hij heeft niet gezien dat er buiten de zwangerschap geen grens tusschen corpus en cervix bestaat; integendeel meent hij deze aan beide uteri te hebben waargenomen. Evenmin heeft hij waargenomen, dat er in 't begin van de zwangerschap geen portio vag. bestaat. De niet-zwangere is een rhesus-aap, de zwangere een cynocephalus. Hij vraagt of hier misschien soortverschillen in 't spel kunnen zijn. De heer Holleman voegt hieraan toe dat de rhesus-aap een cervix heeft gevuld met taai, dik slijm en een duidelijke portio.

Prof. Bolk zegt, dat hij zich zeer interesseert voor den zwangeren uterus van den cynocephalus. Als regel wordt bij de apen een dubbele placenta gevonden; de cynocephalus zou hierop een uitzondering maken. Wat den rhesus betreft, er zijn enkele opgaven in de literatuur, dat er bij rhesus alléén een voorlip, geen achterlip zou bestaan. De aanwezigheid van een achterlip zou dan een kenmerk zijn van voorafgegane graviditeit.

De heer Stratz ziet in de mededeeling van Prof. Bolk eene analogie met verschijnselen die wij waarnemen bij den mensch. Het komt hem voor, dat aan den zwangeren apen-uterus de ligg. rotunda zich zeer laag insereeren, en de zwangerschapsuitzetting dus vooral op kosten komt van het bovenste uterus-segment. Wanneer wij het ostium intermedium gelijkstellen met het ost. internum bij den mensch, dan komt het door Prof. Bolk geschilderde proces geheel overeen met de vorming van het onderste uterussegment, die wij in 't begin van de baring bij den mensch waarnemen. Hij vraagt of er in de twee laatste stadiën door Prof. Bolk geschetst, misschien al een begin van weeën was geweest?

Prof. Bolk zegt, dat dit moeilijk valt te constateeren. Het is zeker, dat de baring bij den aap veel minder pijnlijk is dan bij den mensch. Dat de grootste helft van den zwangeren uterus boven de insertie van de tubae ligt, is juist.

Prof. Nijhoff vraagt, of er ook histologische verschillen tusschen het slijmvlies van corpus en cervix zijn geconstateerd, en of deze verschillen toelieten, een scherpe grens te trekken?

De heer Bolk antwoordt, dat er geen histologisch onderzoek is verricht, omdat de objecten niet versch waren.

Dr. Barnouw vraagt, of de apen hun natuurlijken dood zijn gestorven, of dat zij gedood zijn? Hij doet de vraag met het oog op de geringe hoeveelheid amnionvocht. Het is bekend, dat bij afgestorven foetus het amnionvocht spoedig wordt geresorbeerd.

Prof. Bolk antwoordt, dat de apen allen op Java geschoten zijn.

Prof. Treub merkt tegenover Dr. Stratz op, dat de moeilijke quaestie van 't onderste uterus-segment de discussie te ver zou voeren. Het is onder de gynaecologen nu eenmaal een vaststaand geloof, dat het onderste uterus-segment eerst door de eerste baringsweeën tot stand komt, en men kan moeilijk onderstellen, dat al die apen juist in 't begin van de baring geschoten zouden zijn.

Hiermede wordt de discussie gesloten, nadat de heer Treub aan Prof. Bolk den hartelijken dank der vergadering heeft gebracht voor zijn leerrijke voordracht.

Dr. van Tussenbroek doet hierop de volgende mededeeling over een histologisch kenmerk ter onderscheiding van aangeboren en verworven atresie van het hymen.

Bij de discussie over gynatresie, ongeveer een half jaar geleden hier in onze Vereeniging gevoerd, werd door Prof. Nijhoff de opmerking gemaakt, dat het niet gemakkelijk is de aangeboren en de verworven atresie van het hymen te onderscheiden. Men krijgt de afwijking in den regel eerst te zien als nà de puberteitsjaren het niet verschijnen der menstruatie of de bezwaren van een haematocolpos aanleiding geven tot een onderzoek: en de mogelijkheid is dan niet buitengesloten dat de afsluiting door een op jeugdigen leeftijd doorgestaan ontstekingsproces van de vulva is ontstaan. Er loopen veel kleine meisjes met een gonorrhoische vulvitis rond, die dikwijls niet wordt opgemerkt; het is niet onmogelijk, dat deze ontsteking tot verkleving en vergroeiing van de wanden van de schaamspleet voert, zonder dat later iets van een oude ontsteking blijkt.

Deze opmerking deed mij betreuren, dat ik in het destijds door mij medegedeelde geval van haematocolpos het microscopisch onderzoek van de afsluitende membraan had verzuimd, wat misschien in deze quaestie licht had kunnen geven.

Een paar maanden geleden was ik in de gelegenheid dit verzuim te herstellen, door een tweede geval van haematocolpos, dat in mijne behandeling kwam.

Het was een meisje van 21 jaar, dat nog nooit had gemenstrueerd, en dat in 't laatste jaar nu en dan klaagde over kramp, welke zich ongeveer om de 5 à 6 weken herhaalde. Overigens was zij gezond.

Bij onderzoek vond ik een vrij harden tumor in den buik, reikend tot 2 vingers boven den navel en vrij wel mediaan gelegen. Geen adnextumoren te voelen. In de blaasstreek en daarnaast voelt de tumor wat weeker aan dan in den fundus. Ligg. rotunda niet duidelijk. Het corpus uteri, dat als een kapje op den bloedtumor behoort te zitten ontbreekt ook hier, evenals in 't vorige geval. Vulva door een slijmvliesmembraan gesloten, die, vooral bij persen, wat naar voren welft, maar gemakkelijk indrukbaar is. Bij rectaal-onderzoek is weinig spanning in 't onderste 3de deel der vagina. Hoogerop voelt men een vaste massa, die vrij onbeweeglijk is. Dit deed mij twijfelen of ik met een ongecompliceerd geval van haematocolpos te doen had. Ik liet patiënte in de Luth. Ziekenverpleging komen en herhaalde mijn onderzoek nu in wat gunstiger condities. Per rectum, terwijl een metalen katheter in de blaas lag, kon ik nu een vrij gespannen vochthoudenden tumor voelen, die als een bolsegment in het rectum bombeert. Na flinke defaecatie was de harde massa verdwenen, die ik bij 't eerste onderzoek in 't kleine bekken had gevoeld. Ik heb toen een kruisvormige incisie in 't hymen gemaakt. Een teerachtige, dikke massa van colloid-achtige consistentie, maar minder coherent, vloeit langzaam af. De leege zak werd uitgespoeld met gesteriliseerde zoutsolutie Bij digitaal onderzoek blijkt een groote, wijde vagina te bestaan. De cervix is te voelen als een dikke ring met ronde randen; de vinger dringt gemakkelijk door 't ost. internum heen. De uterus ligt in retroversie.

De zak wordt met jodoformgaas opgevuld. Twee dagen later staat hij nog als een ballon uit naar alle kanten. De tampons zijn met bruinachtige massa's geimbibeerd. De portio is met één vinger niet te bereiden.

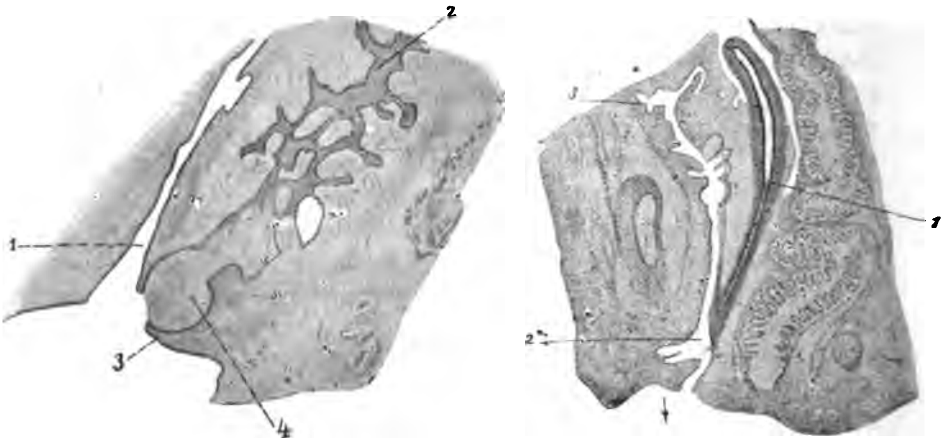
Veertien dagen later liggen de hypertrophische vaginaalwanden op elkaar. De cervix is wijd geopend, spleetvormig, met rolronde breede randen. De kleine uterus ligt nu in anteversie en is een weinig naar rechts verschoven.

Het teerachtige bloed bleek bij bacteriologisch onderzoek steriel.

Ik kom nu tot het histologisch onderzoek van de afsluitende membraan. Vooraf wil ik zeggen dat deze membraan de plaats innam van het hymen, en dat de genitalia externa, afgezien van de imperforatie, normaal waren gevormd. De histologische structuur van het normale hymen is bekend. Het is niets dan een bindweefselmembraan, aan de binnenzijde met het epithelium van de vagina, aan de buitenzijde met dat van de vulva bedekt; beiderzijds dus met een epitheel dat uit meerdere lagen bestaat. Het epitheel van de vulva onderscheidt zich van dat der vagina, doordat het dikker is en meer neiging tot verhoornen vertoont. (Een en ander

wordt gedemonstreerd aan de mikroskopische doorsnede door een rigide hymen, dat bij een jonggetrouwde vrouw was geëxcideerd.)

De afsluitende membraan van onzen haematocolpos vertoont nu met de normale structuur van het hymen een zeer wezenlijk onderscheid. Wèl vindt men ook hier aan de binnenvlakte het epitheel van de vagina, aan de buitenvlakte dat van de vulva, maar daartusschen ligt, te midden van het fibrillair bindweefsel waarop aan weerskanten het epithelium rust, een vlechtwerk van glad spierweefsel, dat bijna de halve dikte van den scheidingswand beslaat. De spierbundels zijn deels overlangs, deels dwars getroffen; zij vormen blijkbaar de voortzetting van de gladde musculatuur, die hier niet slechts de zijwanden maar ook de onderzijde van den blind eindigenden vaginaalzak bekleedt. Het tusschenschot bevat voorts zoowel in 't bindweefsel als in de spierlaag gedilateerde venen en capillaren. Aan de zijde der vagina is het bindweefsel sterk met bloed geimbibeerd. De hier bijgevoegde mikroskopische plaat kan een en ander duidelijk maken.



Kunnen wij deze membraan nu als een gesloten hymen qualificeeren? Mij dunkt, dat de dikke, regelmatig gerangschikte spierlaag dit verbiedt, en dat de afsluitende membraan eene andere beteekenis heeft.

Het is bekend, dat de Müller'sche gangen waaruit de eileiders, de uterus en de vagina ontstaan, reeds in een vroeg stadium van het embryonale leven in hun onderste helft versmelten, en dat de aanvankelijk massieve pool, waaruit de vagina haar oorsprong neemt, intusschen als soliede epitheelstreng naar beneden groeit, om in de canalis urogenitalis uit te monden.

Nagel vond bij embryonen van 25 mM. romplengte deze communicatie reeds gevormd. Tegelijk met die communicatie en met


gladde spierlaag
epithelium van de vag. na
gladde spierlaag

het hol worden van de vaginaalstreng ontwikkelt zich de eerste aanleg van het hymen als een opstaande slijmvliesplooi, die van den achterwand der communicatie-opening uitgaat. Met behulp van de beide, hiervoren gereproduceerde teekeningen van Nagel kan men zich een en ander weer voor den geest roepen.

Zoodra nu de canalis urogenitalis zich tot sinus urogenitalis en straks tot schaamspleet heeft verkort, terwijl de uitwendige genitaliën intusschen in de vrouwelijke richting zijn gedifferentiëerd, hebben wij den voleindigden vorm voor ons, waarbij de urethra vóór en de vagina achter zich in de schaamspleet opent.

Bij onzen haematocolpos vonden wij, uitwendig, bijna het normale beeld. De labia majora, de clitoris, de lab. minora zijn op normale wijze ontwikkeld. De urethra ligt op de gewone plaats. Daarachter ontbreekt echter het hymen, en tusschen de lab. minora vinden wij de membraan uitgespannen, waarvan ik u de histologische structuur heb vertoond.

Men kan zich theoretisch het ontstaan dezer membraan nu op zoodanige wijze denken, dat het ondereinde der vereenigde Müllersche gangen den sinus uro-genitalis niet heeft doorboord, maar zich als blindzak daartegen aangelegd. Bij de latere, histologische differentiatie van zijn wand, zou de gladde spierlaag zich dan ook rondom het blinde uiteinde hebben ontwikkeld.

Volgens deze opvatting zou onze afsluitende membraan dus bestaan uit: epitheel en bindweefsel van den vaginaalwand; gladde spierlaag van den vaginaalwand, en niet doorboorde wand van het urogenitaal-kanaal, bestaande uit bindweefsel en epitheel.

Er bestaat in den laatsten tijd onder de gynaecologen een streven om de atresieën van het overigens niet misvormde vrouwelijk genitaal-apparaat tot ontsteking terug te brengen. Het is voornamelijk Nagel, die na uitgebreide embryologische onderzoekingen deze nieuwe leer heeft gegrondvest. Zij werd aanvankelijk toegepast op die gevallen, waarbij de scheede geheel of in haar onderste helft ontbrak, maar later ook op de membraan-achtige afsluitingen van het onderste deel der vagina uitgebreid. Nagel formuleert dit in Veit's Handbuch der Gynaecologie (Bd. I p. 604) op de volgende wijze:

„Die Membranbildung findet erst nach beendeter Ausbildung „der Scheide in den letzten Monaten der Schwangerschaft oder nach „der Geburt statt. Sie entsteht dadurch, dass einander gegenüber„liegende Falten mit einander verkleben; durch ausbleibende Ver„hornung der oberflächlichen Epithelien kann die Verklebung in „eine Verwachsung übergehen. Die in dieser Weise gebildete Haut „kann einige Millimeter dick sein, dabei derb und Bindegewebe,

„Muskelfasern und Gefässe enthalten, weil ja die Scheidenfalten „für gewöhnlich bis zu ihrer Spitze mit Gefässen versehen sind."

Veit gaat nog iets verder, en is geneigd de intra-uterine ontsteking te betwijfelen en alles tot extra-uterine ontsteking terug te brengen.

Het komt mij nu voor, dat Nagel's verklaring op mijn geval niet past. In de eerste plaats omdat onze membraan niet achter het hymen, maar op de plaats van het hymen zit. Nagel spreekt echter telkens van een vaginale verkleving en van een membraan vlak achter het hymen. Dat moet volgens zijne opvatting zoo zijn. Want ontstaat de afsluiting secundair, nadat de open communicatie van de vereenigde M.-gangen met de canalis urogenitalis reeds tot stand is gekomen, dan is tegelijk ook het hymen reeds aangelegd, en men kan zich dan moeilijk denken, dat dit later weer spoorloos verdwijnt. Ook de dikke gladde spierlaag in mijn praeparaat past bij Nagel's verklaring niet goed. In zijn voorloopige mededeeling, gepubliceerd in Bd. 34 van de Zeitschrift für Geb. und Gyn. laat Nagel de afsluitende membraan alléén uit bindweefsel en bloedvaten bestaan. Later spreekt hij ook van spiervezels; toen hij zijn theorie opstelde had hij die blijkbaar nog niet gezien.

Om de genoemde twee redenen ben ik van meening, dat Nagel's verklaring in mijn geval niet opgaat. Ik heb dus een andere gezocht, en ik weet geen betere te geven, dan dat in casu de doorboring van het urogenitaalkanaal door het ondereind der vereenigde Müller'sche gangen achterwege bleef. Ik ben echter te weinig embryoloog om te beslissen, of de ontwikkelingsgeschiedenis deze verklaring gedoogt. Nagel betwist deze mogelijkheid; maar zijne in hoofdzaak theoretische argumenten schijnen mij toch niet bewijzend te zijn. Zijne redeneering komt hierop neer, dat ontwikkelingsstoornissen tot stand komen tijdens den eersten aanleg der organen, en niet in den tijd dat zij anatomisch en histologisch worden opgebouwd.

Uterus en vagina ontwikkelen zich uit een gemeenschappelijken aanleg; het is daarom ondenkbaar, dat de vagina ontwikkelingsstoornissen vertoonen zou, terwijl de uterus normaal is aangelegd.

Ik denk, dat vergelijking met andere ontwikkelingsstoornissen hier den doorslag geven moet. Prof. Treub noemde in de vorige discussie reeds een aangeboren atresie van den slokdarm op één enkele plaats. Het is verder bekend, dat er aangeboren atresie van het rectum bij pasgeborenen voorkomt. Ik weet niet of deze afwijking noodwendig gepaard gaat met gewichtige afwijkingen in de hoogere deelen van het darmkanaal. Waarschijnlijk is dit niet, daar het maken van een kunstmatige anaalopening in sommige gevallen het leven van den foetus heeft kunnen redden. Ik zou echter graag over deze quaestie het oordeel hooren van hen, die in deze dingen

meer hebben gewerkt dan ik, en daarom acht ik het een groot voorrecht, dat wij heden middag Prof Bolk in ons midden hebben.

In de op deze mededeeling volgende discussie sluit Prof. Bolk zich bij de voorstelling van Dr. van Tussenbroek aan. Vooral op grond van de regelmatig gerangschikte gladde spierlaag meent ook hij dat hier van een ontstekingachtige vergroeiing geen sprake kan wezen, en dat wij in casu wel degelijk te maken hebben met een ontwikkelingsstoornis in eigenlijken zin, dus met een niet doorboord worden van den bodem der Müller'sche gangen, of, wat op hetzelfde neerkomt, van het dak van den sinus uro-genitalis.

Dr. Stratz merkt op, dat de interpretatie van Dr. van Tussenbroek overeenkomt met de theorie van Reichel.

Prof. Treub heeft met bijzondere belangstelling het praeparaat gezien en de daaraan vastgeknoopte verklaring gehoord, die z. i. de eenig denkbare is. Nu het eenmaal is aangetoond, dat het lumen van het uiteinde der M.-gangen gesloten kan blijven, is er geen enkele reden meer om de mogelijkheid te verwerpen, dat in andere gevallen het hol worden van de vaginaalstreng over een grooter lengte achterwege blijft. De theorie van Nagel is dan in hare algemeene toepassing onjuist. Dit doet hem bijzonder veel genoegen, omdat hij er altijd tegen heeft gehad zich een schijnbaar wetenschappelijke verklaring te laten opdringen, die met sommige klinische waarnemingen strijdt.

Dr. Stratz deelt hierop enkele punten mede uit een opstel over genitaaltuberculose, dat in extenso in het tijdschrift verschijnt.

Onder 300 gynaec. gevallen vond hij er 24 van tuberculose, dat is dus 8%. Neemt men in aanmerking dat Strümpell als totaalcijfer van tuberculose 15% opgeeft, dan zou 8% genitaaltuberculose nog al hoog zijn.

Spreker is van meening dat in de meeste gevallen de uterustuberculose secundair is, en de primaire haard in de tubae zit. Onder 13 gevallen, waar tuberkelbacillen in het vaginaalslijmvlies gevonden waren, werd driemaal gecuretteerd, en geen tuberculose van het uterusslijmvlies gevonden; wèl bestonden er tumoren van de tubae. In één geval, waar beide tubae en het rechter parametrium verdikt waren, bleek bij onderzoek met Röntgen-stralen het rechter ileo-sacraal-gewricht ankylotisch; rechts was het os coxae naar beneden verschoven; er bestond sinds 15 jaar een fistel. Het vaginaalsecreet bevatte ook hier tuberkelbacillen, terwijl het onderzoek van 't slijmvlies negatief uitviel.

Prof. Treub wil toch primaire tuberculose van 't uterus-slijmvlies niet uitsluiten. Hij heeft zelf zoo'n geval kunnen waarnemen. Het betrof een meisje, dat met klachten over menorrhagie kwam en bij

wie in 't uitgekrabde uterusslijmvlies reuzencellen werden geconstateerd. Destijds bestond er nog geen afwijking aan de tubae. Hij bleef de patiënte waarnemen, en onder zijn oogen ontwikkelde zich geleidelijk een dubbelzijdige pyosalpinx.

Dr. Stratz heeft niet bedoeld te zeggen dat primaire uterustuberculose niet voorkomt, maar wel dat deze zeldzaam is.

Hierop wordt de vergadering gesloten.

Vergadering van Zondag 14 Januari 1900.

Voorzitter: Prof. TREUB.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Na 't openen der Vergadering doet de heer Treub de volgende mededeeling betreffende drie gevallen van Sectio caesarea.

I. Vrouw van 28 jaar. IV-para. Driemaal door middel van versie en extractie verlost. Eerste twee kinderen dood geboren, derde heeft één uur geleefd.

12 Nov. 's avonds in de kliniek gebracht. Sinds den 10den Nov. in partu, had voortdurend krachtige weeën; niettegenstaande dit bleef, naar de medicus meêdeelde, de ontsluiting dezelfde.

A. a. r. v.; contractiering handbreed boven symphysis. Harttonen goed. Inwendig onderzoek: ontsluiting ± 7 c.M., vliezen gebroken, gemouleerde schedel, beweegbaar in ingang. Promontorium gemakkelijk te bereiken.

Sectio caesarea 's avonds $10^1/_4$ uur. Klassieke methode. Ligamenta rotunda sterk naar achteren, placenta aan voorkant. Na verwijdering van kind en placenta slechte contractie; daarna tamponnade, hechting van uterus- en buikwond, verband.

Kind asphyctisch, bijgebracht, 49 c.M. lang, 3380 gram zwaar.

Eerste twee dagen lichte temperatuursverhooging (tot 38°,3). Tampon den 2den dag p. o. verwijderd. Verder normale en ongestoorde genezing. Later onderzoek van het bekken leerde, dat er een algemeen vernauwd plat rachitisch bekken bestond met eene conjugata vera van ca. $9^1/_4$ c.M.

Genezen met levend kind ontslagen.

II. III-para, 24 jaar. Vorige baringen, 1e kind forcipaal, dood; 2e spontaan, levend.

Algemeen vernauwd rachitisch bekken, conjugata vera $9^1/_2$ c.M. 13. Nov. 's morgens 10 uur komt pat. in de verloskamer. Sinds 's nachts 12 uur pijn.

A. a. r. v., schedel beweegbaar boven ingang, portio nog niet verstreken, ontsluiting ca. gulden groot.

10½ u. Vliezen breken spontaan, veel vruchtwater loopt af.

12 u. Status idem.

2 u. Weeën zeer krachtig. Weinig verandering.

5 u. Ontsluiting 5 c.M. Schedel beweegbaar. Contractiering even boven symphysis.

7½ u. Weeën blijven krachtig en frequent, ontsluiting blijft onveranderd. Contractiering ± 5 c.M. boven symphysis.

9½ u. De eenige verandering die te constateeren valt is dat de contractiering nu meer dan handbreedte boven de symphysis staat. Ontsluiting geheel onveranderd, pat. klaagt over hevige pijn.

Sectio caesarea. Lig. rotundum links vrij ver naar voren, rechts ver naar achter. Door uterus in mediaanlijn te duwen blijken beide ligamenta achter het midden van den uterus te liggen. Klassieke incisie. Placenta aan voorzijde.

Na verwijdering van kind en placenta onvolkomen contractie, bloeding. Daarom tamponnade van den uterus. Hechting, verband.

Kind was asphyctisch, wordt gemakkelijk bijgebracht. Lengte 52 c.M., gewicht 3530 gram.

Den volgenden dag buik zeer sterk opgezet, vooral de dikke darm. Braakneiging, geen flatus. De uterustampon werd verwijderd. Glycerinespuitjes en lauwwaterclysma zonder resultaat. 's Avonds laat heb ik beproefd eene maagsonde in de flexuur te brengen., doch dat gelukte niet. Ik kon niet voorbij de ampulla recti komen. Bij de langdurige manipulatie liep nog vrij veel bruin gekleurd water af en kon ik mij overtuigen dat achter den uterus geen darmlissen lagen.

Den volgenden ochtend heb ik de patiënt in knie-elleboogsligging laten plaatsen, met den vinger in het rectum den uterus laten opduwen en daarna eene canule in den anus laten plaatsen. Daarop kwamen een paar flatus. 's Middags herhaling, zonder resultaat. Daarop faradisatie van den buik. 's Avonds herhaling van hetzelfde procédé; enkele flatus. Buik is minder gespannen geworden. 's Nachts kwamen spontaan eenige flatus. In den loop van den derden dag werd pat. veel beter, de misselijkheid was verdwenen, de pols werd beter, op extr. calabar kwamen flatus.

Den 7den dag p. o. steeg de temperatuur, de vaginaalafscheiding stonk eenigszins. Door irrigatie der vagina met $^1/_{4000}$ hypermanganas kalicus verdween de stank, die trouwens gering was, weldra. De temperatuur bleef echter verhoogd.

Veertien dagen p. o. was er geen enkele plaatselijke afwijking te vinden, de temperatuur had nu duidelijk een intermitteerend karakter. Twee dagen chininegebruik was voldoende om alles in orde te maken.

Pat. is heden genezen met levend kind ontslagen.

III. IV-para, 26 jaar, 1ste kind forcipaal, 2de en 3de kind spontaan geboren. Pat. werd 24 Nov. 's nachts 3 uur ingebracht. Zij was sinds 24 uur in partu, de schedel bleef beweegbaar in den bekkeningang en kwam niet verder. De medicus had wegens „krampweeën" ± 8 gram chloral gegeven en zond nu patiënte voor forcipale extractie.

A. a. l. v. Contractiering vinger of drie onder navel. Ontsluiting 6 à 7 c.M. Schedel met segment ingedaald, gemakkelijk op te drukken. Vliezen gebroken, promontorium te bereiken.

Af en toe weeën, voortdurende pijnlijkheid.

Te 4½ uur bleek de contractiering nog hooger te zijn gekomen.

Dit alles werd mij bericht waarop ik besloot tot sectio caesarea.

6 uur *operatie.* Klassieke incisie, lig. rotunda achter mediaanvlak, placenta aan de voorzijde. Extractie van het kind gemakkelijk totdat het hoofd voor den dag gehaald zou worden. Dit zat zoodanig vast onder den contractiering, dat met het kind het geheele onderste uterussegment werd naar boven gebracht. Vinger met moeite tusschen kop en contractiering ingebracht; ring met geknopt mes gekliefd, daarna extractie uiterst gemakkelijk.

Na verwijdering der placenta krachtige uteruscontractie. Hechting der lange uteruswond. Daarbij verslapte telkens de baarmoeder, zoodat pat. veel bloed verloor. Toen de uteruswond gesloten was, en het orgaan nog slap bleef en bloedde, besloot ik toch te tamponneeren. Met moeite kon ik boven het slappe onderste segment twee vingertoppen door den contractiering brengen, doch het gelukte mij niet er met de korentang langs te gaan om den tampon in te brengen. Na reiniging van mijne handen maakte ik daarom eenige hechtingen los en tamponneerde van boven uit. Definitieve hechting van uteruswond en van buikwand.

Kamferaether-injecties en subcutane injecties van zout water deden den bijna onvoelbaren pols weer wat opkomen.

Kind niet asphyctisch, lengte 52 c.M., gewicht 3830 gram. Beide oogleden dik en rood, vooral het rechter. Volgenden dag conjunctivitis, die etterig werd en door prof. Straub als van gonorrhoischen aard werd herkend. Snel genezen.

De vrouw was den dag van de operatie nog zeer onrustig, had een kleinen, frequenten pols, liet geen flatus, en tegen den avond reeds zette de buik sterk op. Glycerinespuitjes zonder resultaat. In den loop van den dag werd haar nog 1 L. physiologische zoutsolutie subcutaan ingespoten.

Den volgenden dag werd eerst vruchteloos een clysma gegeven en daarna werd de vrouw, na verwijdering van den uterustampon

in knieëlleboogsligging gebracht en dezelfde behandeling toegepast als bij de vorige patiënt. Daardoor kwam wat ontlasting en flatus voor den dag. Patiënte voelde zich daarna veel beter. De darmfunctie heeft zich echter tot nu toe nog slechts zeer onvolledig hersteld, de buik is altijd nog zeer opgezet en patiënte heeft voortdurend nog wat diarrhoe.

Ik houd deze wel voor een z. g. paradoxe diarrhoe, maar durf toch geen laxantia geven daar de patiënte, die voortdurend koortst, den 6en dag p. o. een rechtszijdige pneumonie gekregen heeft. Deze is nu nagenoeg geresorbeerd, maar daarop heeft zij een pneumonie van den linker onderkwab en sinds dien een pleuritis gekregen. Dit alles maakt haar toestand thans nog zeer onzeker.

Naar aanleiding van deze drie gevallen wenscht spreker op eenige punten van beteekenis de aandacht te vestigen.

In de eerste plaats op het herkenningsteeken van Leopold voor de plaats der placenta — het geïnsereerd zijn der ligg. rot. meer naar achteren, of meer naar voren, al naarmate de placenta aan de voorzijde of aan de achterzijde zit. Het kenmerk komt meestal uit.

In de tweede plaats op het merkwaardige feit, dat in het 3de der medegedeelde gevallen het door sectio caesarea geboren kind een gonorrhoische conjunctivitis vertoonde. De verklaring ligt in de omstandigheid, dat de vrouw reeds 24 uur in partu was vóór zij in de kliniek werd gebracht, en thuis herhaaldelijk door een vroedvrouw en een medicus was onderzocht. Bij dat onderzoek heeft dus klaarblijkelijk een direct transport der in vagina en cervix aanwezige gonococcen naar de oogen plaats gehad.

De derde opmerking betreft de behandeling van darmstoornissen. Deze waren in beide gevallen afhankelijk van drukking van 't vergroote corpus uteri op 't s. romanum.

Merkwaardig is, dat de knie-elleboogligging zoo goed verdragen werd door de pas geopereerde patiënt.

In de vierde plaats wijst spreker op een voordeel dat de klassieke keizersnede heeft boven de fundaalsnede van Fritsch. In het derde geval, waar de contractiering moest worden gekliefd om het kinderhoofd er door te kunnen krijgen, zou men, bij de methode van Fritsch, op de fundaalsnede een groote verticale incisie hebben moeten zetten.

Hoe snel en krachtig de contractiering zich nà 't ledigen van den uterus weer samentrekt, blijkt uit het geval waar tamponneeren van onderen uit onmogelijk was.

Dat men de grens van 't onderste uterussegment bij geopend abdomen gemakkelijk kan herkennen, is hier opnieuw waargenomen.

Op een gegeven hoogte van den baarmoederwand ziet men het peritoneum niet meer strak gespannen maar loshangend; op die plaats is tevens een sterke ontwikkeling van vaten.

De indicatie was in de drie medegedeelde gevallen eenigszins afwijkend van de gewone, en werd feitelijk door niets and-rs geleverd dan door hoogen stand van den contractiering. Bekkenvernauwing van beteekenis was er niet. De versie was in alle drie gevallen gecontra-indiceerd. Men had dus de keus tusschen hooge tang, symphyseotomie, perforatie van de levende vrucht of sectio caesarea. Spreker heeft een afkeer van de hooge tang en nog meer van de perforatie van 't levende kind. De symphyseotomie, volgens Pozzi „l'opération des non-operateurs", acht spreker in het algemeen minder aanbevelenswaardig dan de sectio caesarea, en zij zou bovendien in het tweede en zeer stellig in het derde geval geen doel hebben getroffen, daar zij op den hoogstaanden contractiering niet influenceert. Spreker acht dus in gevallen als deze zeker de S. C. te verkiezen boven de symphyseotomie. Deze indicatie is natuurlijk alleen geldig voor de ziekenhuispraktijk. In de private praxis had men 't levende kind moeten perforeeren.

Aan de drie medegedeelde gevallen kan spreker een vierde toevoegen, dat eergisteren door hem werd geopereerd. Het betrof een patiënte van 37 jaar, wier eerste partus, negen jaar geleden, forcipaal was getermineerd. Daarna was er een belangrijke vernauwing van de vagina ontstaan, die met laminaria, incisies en jodoformgaas werd gedilateerd. Tweede partus spontaan, à terme. Daarna ontstond er een prolaps, waarvoor een colporrhaphia ant. en post werd verricht. Er volgde nu weer een zwangerschap, die eindigde met de geboorte van een zevenmaandsch kind. Toen werd ventrifixatie verricht.

Patiënte was nu voor de 4de maal gravida, en werd den 11den Jan. à terme binnengebracht. Zij heeft een tamelijk sterken hangbuik. Het kind ligt in dwarsligging, hoog, met den rug naar achter. Op grond van de plaats der hartstonen wordt het hoofd aan de rechterzijde vermoed. Op de plaats van de ventrifixatie en daaronder voelt men een harde en dikke resistentie. Blijkbaar is alléen het daarboven gelegen deel van den uterus voor de uitzetting der zwangerschap gebruikt. Het ostium uteri staat waarschijnlijk ver naar achteren, maar is niet te bereiken door een litteekenbrug die, als gevolg van de colporrhaphie, van den achterwand der vagina uitgaande, het lumen vernauwt.

Ook hier werd, uit vrees voor uterus-ruptuur, sectio caesarea verricht. Bij de operatie bleek deze vrees overbodig, althans voor zoover den voorsten uteruswand aangaat. Deze bleek nog $1^1/_2$ à 2 c.M. dik te zijn.

Het teeken van Leopold is in dit geval verkeerd uitgekomen. Men heeft daar echter weinig gewicht aan te hechten, omdat in dit geval de natuurlijke anatomische verhoudingen door de ventrifixatie waren veranderd.

Ook hier is de mediane incisie van den uteruswand verricht. Het kind was 53 c.M. lang en woog 3680 gram. De uterus werd dadelijk getamponneerd en daarna gehecht.

Zooals het uitwendig onderzoek reeds deed vermoeden, was het voorste onderste deel van den uterus in 't geheel niet gerekt. De uitzetting was dus voornamelijk geschied op kosten van den achtersten uteruswand. Toen de uterus nà de sectio caesarea was gehecht, lag de naadlijn dan ook geheel over den fundus heen.

Naar aanleiding van het laatst medegedeelde geval maakt Dr. Vermey de opmerking, dat het wenschelijk is bij de ventrifixatie eene methode te kiezen, die zooveel mogelijk het behoud der normale verhoudingen waarborgt. De methode, die hij Richelot zag toepassen, is hem in een paar gevallen doeltreffend gebleken. De ligg. rotunda worden daarbij naar de mediaanlijn gebracht en tusschen de spieren van de buikwond gehecht. Spreker gebruikte daarbij dikke zijden draden.

De heer Stratz heeft een opmerking te maken naar aanleiding der indicatie van de gevallen, door prof. Treub medegedeeld. Deze indicatie werd geleverd door hoogen stand van den contractiering en sterke rekking van het onderste uterussegment. Hij meent echter, dat men hier een klinische restrictie maken moet. Wanneer een geval van den aanvang af in observatie was, had naar zijne meening prophylactische keering in aanmerking moeten komen. Voorts heeft het hem getroffen dat, in het tweede geval, waar de contractiering zoo sterk gespannen was, vooraf acht gram chloralhydraat was toegediend. Dit pleit niet zeer voor de ontspannende werking van het chloral-hydraat.

Wat de stoornissen betreft, die na ingrijpende operaties door belemmerde functie der ingewanden kunnen ontstaan, spreker heeft die onlangs overwonnen door de toediening van herhaalde doses wonderolie. Het geval betrof eene patiënte, waar vroeger totaalexstirpatie wegens carcinoom was verricht. Het linker ovarium was blijven zitten. Patiënte klaagde over erge pijnen links in den onderbuik. Zij had een collega in den Haag en een in Leiden geconsulteerd. Beiden hadden haar weggezonden met de boodschap, dat er niets meer aan te doen was. Spreker vond bij onderzoek een sterke granulatie-woekering in de vagina, en daarachter een tumor, die met de darmen was vergroeid. Er scheen dus een recidief van het carcinoom te zijn. Spreker toucheerde de granulaties met lapis. Na twee maal aanstippen waren zij verdwenen en bleek er een

opening te bestaan, die in de tuba voerde. Hij beproefde nu deze langs vaginalen weg te verwijderen. Nadat de litteekenmassa in de vagina omsneden was, kwam de sterk verdikte en met dundarmlissen vergroeide tuba voor den dag. Van 't vergroote ovarium werd een deel achtergelaten, en de appendices epiploicae van een dikdarmlis werden na 't aanleggen van de hechtingen tegen de wond gelegd, om de minder gewenschte vergroeiing met dundarmlissen te voorkomen.

Den 4den dag was er nog geen defaecatie geweest.

Den vijfden was er een faecaaltumor te voelen. 100 gram ol. ricini gevolgd door 4 $\times$ 20 mgr. calabar hadden geen effect. Op advies van een collega, die deze therapie in de kliniek van Iterson had gezien, werd nu alle twee uur een lepel ricinus-olie gegeven. Den 6den dag 's avonds volgde defaecatie, tegelijk met de ontlasting van donker gekleurd bloed uit de vagina.

Later volgde geregeld normale ontlasting. De hinderpaal had hier blijkbaar gezeten in het haematoom, dat op het rectum drukte. De groote hoeveelheden ricinus-olie waren in dit geval goed verdragen. Het is de vraag of dit altijd het geval zal zijn.

De heer Kouwer is het omtrent de indicatie der door Prof. Treub geopereerde gevallen niet volkomen eens. In het 2de en 3de geval was er geen andere indicatie dan hooge stand van den contractiering. Spreker meent, dat men toch niet al te groote vrees moet hebben voor *dreigende* uterus-ruptuur. Men kan zich van den juisten stand van zaken alléen rekenschap geven in narkose; gaat de hand nog door den contractiering heen, dan is de keering nog mogelijk. Spreker vraagt, of in het tweede geval in diepe narkose een poging tot versie is gedaan.

De heer Selhorst deelt mede, dat ook hij veertien dagen geleden een S. C. heeft gedaan, in een geval waar van den kant van 't bekken geen absolute indicatie bestond. Hij was door een collega in consult gehaald bij de vrouw van een kleinen winkelier. Een poging om versie te doen mislukte. Perforatie was evenmin mogelijk, omdat het hoofd tegen 't promontorium afgleed.

Daarop werd pat. naar een ziekenverpleging gebracht, en daar S. C. verricht. De contractiering was zoo sterk gespannen, dat de uterus den zandloopervorm vertoonde. De incisie werd in de mediaanlijn verricht, en het gelukte met een ruk het hoofd door den contractiering te krijgen.

De uterus werd van onder uit getamponneerd. Kraambed tot heden ongestoord.

Prof. Treub ziet in de mededeeling van den heer Selhorst een bewijs, dat gevallen als de door hem zelf meegedeelde niet zoo zeldzaam voorkomen. Den heer Kouwer antwoordt hij, dat

aan de S. C, in het tweede geval geen poging tot versie is voorafgegaan. Hij heeft herhaaldelijk gezien, hoe groot de moeilijkheden zijn, die zulk een contractiering aanbiedt. Een serieuse poging tot versie maakt de kansen voor de S. C. veel ongunstiger. Hij is echter met prof. Kouwer eens, dat in de private praktijk een poging tot versie had moeten worden gedaan, die dan bij mislukking door perforatie van 't levende kind had moeten worden gevolgd.

Wat de klinische restrictie van Dr. Stratz betreft, omtrent de gevallen, die van aanvang af in observatie zijn geweest, dit was met de tweede S. C. het geval. De vraag is echter, wanneer had men in dit geval de prophylactische versie moeten doen?

Om een uur of vijf was dat waarschijnlijk nog mogelijk geweest, en dan was de vrouw voor de S. C. bewaard. Maar in zulke gevallen heeft men alle reden om te verwachten, dat de traag vorderende ontsluiting toch wel tot stand zal komen.

Wat de opmerking van Dr. Vermey betreft omtrent de operatiemethode waarbij de ligg. rotunda in de buikwond worden gehecht, deze is zeker geschikt om de bezwaren van de ventrifixatie tot een minimum te reduceeren. Deze bezwaren zijn echter alléen dán groot, als er een stevige verbinding, bijv. van $^3/_4$ c.M. tusschen uterus en buikwand is ontstaan.

De ietwat gewijzigde ventrifixatie, die in Amerika onder den naam van suspensio uteri is bekend, en die ten doel heeft al te stevige verbinding te voorkomen, bestaat in hoofdzaak hierin, dat men geen verloren hechtingen aanlegt en de draden niet te lang laat liggen.

De heer Kouwer zegt, als toelichting tot zijn vorige opmerking, dat hij bij de groote ervaring waarover Prof. Treub beschikt, de juistheid der indicatie in de gegeven gevallen volstrekt niet betwijfelt, dat hij echter een hoogstaanden contractiering bij matige bekkenvernauwing niet gaarne als algemeen geldende indicatie voor S. C. zou zien erkend. Er zou dan gevaar bestaan, dat een jongere generatie van accoucheurs aan de S. C. veel te groote uitbreiding zou geven.

De heer Stratz zegt naar aanleiding van de quaestie, wanneer in het tweede geval de tijd voor de prophylactische versie zou zijn gekomen, dat hij die geïndiceerd zou geacht hebben direct nà 't springen van de blaas. Juist om de indicatie niet te algemeen te doen worden meent hij, dat men in praxi niet alléen rekening te houden heeft met de vraag klinisch of poliklinisch, maar ook met de vaardigheid van den operateur. Voorts komt in aanmerking of de moeder een grooter gevaar verkiest voor zich zelf of voor haar kind. De meeste kiezen 't laatste en men kan dan waarschuwen voor een volgend geval, en partus arte praematurus opwekken.

Prof. Treub zegt, dat hij de patiënte niet vóor de keus heeft gesteld. Hij begint er hoe langer hoe meer toe over te gaan, zelf te beslissen. De patiënten hebben zich aan hem toevertrouwd en hij dient dus te weten, hoe hij de zaak tot een goed einde brengt. Dit is echter een persoonlijk standpunt, dat hij niemand wil opdringen. Wat de hoogstaande contractiering als indicatie voor sectio caesarea betreft, is hij het volkomen met de heeren Kouwer en Stratz eens, dat deze uitzondering blijven moet.

De heer Selhorst vertoont een tumor, per laparotomiam verwijderd bij eene 28-jarige patiente, die aan dysurie leed. De uterus was naar rechts verschoven door den tumor die, ter grootte van een kinderhoofd, links boven was te voelen. De blaas was afgeweker naar rechts.

Nadat de buik was geopend en eenige adhaesies waren losgemaakt, scheen de tumor een ovariaalcystoom te zijn. Het gezwel werd nà afbinden van het lig. lat. verwijderd. Het praeparaat vertoont de combinatie van een sereuse cyste en een dermoid. De sereuse cyste overweegt in omvang.

De patiënte heeft een rechtszijdige pneumonie gekregen. Het wondverloop is goed.

Daar er niets meer aan de orde is, wordt de vergadering gesloten.

EEN ACARDIACUS MET BIJBEHOORENDE PLACENTA,

DOOR

J. J. KNAP Gz.

(Met een plaat en 3 afbeeldingen.)

Onder de misgeboorten behooren de acardiaci tot de zeldzame en wat hun ontstaan aangaat tot de interessante.

Förster [1]) zegt: „während ich von den Doppelmissbildungen über 500 Fälle zusammentragen konnte, fand ich von den herzlosen Missgeburten nicht ganz 90". Nog zeldzamer zijn de gevallen waarbij de placenta, die opheldering geeft omtrent deze misgeboorte, werd onderzocht. Slechts 9 placentae zijn volgens Poppel [2]) meer of minder nauwkeurig beschreven. Ook van den acardiacus van wien Mulder [3]) eene uitvoerige beschrijving geeft, kon de placenta niet aan een onderzoek worden onderworpen. Zij was, helaas, als bijna steeds, weggeworpen.

Een geval, dat ik ontmoette, waarbij tevens de placenta kon worden onderzocht, deed mij voor de beschrijving een plaats vragen in dit Tijdschrift.

Claudius [4]) zegt, dat er in het geheel 112 gevallen bij mensch en dier beschreven zijn; bij dieren zou deze misgeboorte nog zeldzamer zijn dan bij menschen.

Een acardiacus wordt slechts aangetroffen bij tweelingen; ook kwam een enkele voor bij drie- of vierlingen. Het andere kind, dat bijna steeds het eerst wordt geboren is normaal en van hetzelfde geslacht als de acardiacus. De placenta is enkelvoudig. Het onderzoek daarvan geeft opheldering over de wijze waarop de bloedsomloop in den acardiacus plaats vindt, en de velerlei mislukte pogingen, om eene verklaring te geven van het ontstaan of liever het voortbestaan van deze misgeboorte, zijn een gevolg van het feit, dat een onderzoek van de placenta veelal verzuimd werd of niet wel mogelijk was. Steeds gaat, en dit is de hoofdzaak, een hoofdtak van de arteria en vena umbilicalis van het gezonde kind op de placenta direct over in de art. en vena umbilic. van den acardiacus.

---

1) Dr. August Förster, Die Missbildungen des Menschen, Jena 1861.
2) Dr. J. Poppel, Ueber herzlose Missgeburten. Monatschr. f. Geb. u. Fr., Band 20.
3) N. C. Mulder, Ueber eine herzlose Missgeburt. Inaugural Dissertation, Leiden 1891.
4) Dr. M. Claudius, Die Entwickelung der herzlosen Missgeburten, Kiel 1859.

Aan oudere meeningen en uitspraken, hoe wel dit hartelooze foetus ontstond en gevoed werd, heeft het niet ontbroken [1]). In de 16de eeuw vinden we ter verklaring de theorie van het verzien, die in het begin van deze eeuw wederom opduikt; later spreekt men van monstrueuse kiemen, die door den Almachtigen Schepper in hun soort volkomen geschapen zijn; daarna meent men de oorzaak te moeten zoeken in eenig uitwendig geweld. In deze eeuw zegt Tiedeman de oorzaak niet te kunnen doorgronden. Evenmin spreekt Geoffroy Saint-Hilaire zich daarover uit.

Vrolik [2]) meent, dat deze misgeboorten slechts voorkomen bij vrouwen, die vele kinderen gebaard hebben, zoodat eindelijk „de vormkracht als het ware te kort schiet in de ontwikkeling van twee of meer vruchten en daarom slechts de eene tot regelmatige voltooiing brengt, terwijl de andere in hare wording als belemmerd wordt". Ter anderer plaatse [3]) zegt hij, dat de bloedsomloop „bewerkstelligd wordt alleen door de bloedvaten zonder hart, dat de navelader een aanvoerend vat is, terwijl de navelslagaders terugvoerende vaten zijn".

Het eerst werd door Astley Cooper en Hodgkin op de bovengenoemde anastomose in de navelvaten gewezen, daarna beschreef H. Meckel een dergelijke anastomose, totdat Hempel getracht heeft te bewijzen, dat bij alle acardiaci deze vaatanastomose moest bestaan.

Claudius heeft toen in zijn reeds aangehaalde en beroemde monographie de algemeene aandacht gevestigd op de acardiaci; hij heeft getracht op zeer eenvoudige wijze het ontstaan, voortbestaan en verschil in anatomischen bouw van deze misgeboorten te verklaren. Volgens Claudius worden oorspronkelijk twee gezonde vruchten aangelegd. De anastomose der navelvaten ontstaat, zegt hij, in den eersten tijd van het embryonale leven, als de allantoïs de verbinding vormt voor de circulatie tusschen moeder en vrucht. Indien tweelingzwangerschap ontstaat uit één ei met dubbele kern, waarbij één chorion en meest twee amnia worden gevormd, dan is de placenta enkelvoudig; er bestaan dan echter in de placenta toch twee capillairsystemen, die door kleine en grootere anastomosen met elkander communiceeren. Wordt deze anastomose ruimer, ontmoeten toevallig hoofdtakken van de beide allantoïsvaten elkander van tegenovergestelde zijde op de placentairplaats, dan ontstaat onder zekere omstandigheden een acardiacus. De beide bloedstroomen zullen

[1]) Zie daarover bij Poppel en Mulder l. c.

[2]) W. Vrolik, Handboek der Ziektekundige Ontleedkunde, Amsterdam 1840.

[3]) Tabulae ad. illustrand. Embryogenesin tam natural. quam abnorm. Amstelodami 1849.

tegen elkaar in werken, en daar de eene wel steeds wat sterker zal zijn dan de andere, zal het bloed van het zwakkere embryo teruggestuwd worden, zijn hart zal tot stilstand geraken, er zullen zich daarin bloedstolsels vormen, de artt. coronariae zullen geen bloed meer ontvangen en het hart zal atrophieeren. Het overwonnen embryo is dan niets anders dan een appendix van het gezonde; het sterkere en normale kind voorziet den acardiacus van bloed evenals zijn eigen lichaam; door de art. umbilicalis stroomt het bloed van de placenta in den acardiacus, door de vena umbilicalis keert het terug naar de vena umbilic. van het gezonde kind. Er ontstaat dus in den acardiacus een bloedstroom grootendeels in tegenovergestelde richting als in normalen toestand. „Es sind dies," aldus Claudius, „hämatodynamische Verhältnisse, wie sie wohl in dem ganzen Reich der thierischen Natur schwerlich ihres Gleichen haben."

Met het hart gaan ook de longen en de nerv. phrenicus te niet; het diaphragma is dientengevolge nimmer als spier aanwezig.

Terwijl dus direct de acardiacus geen bloed ontvangt, waaraan in de placenta zuurstof is toegevoerd, doch slechts het veneuse bloed van het normale kind, zullen ook nog de circulatieverhoudingen voor den eerste tamelijk ongunstig zijn; niet alle vaten kunnen de normale hoeveelheid bloed ontvangen; enkele zullen oblitereeren, en daarmede gaan de door hen verzorgde organen te niet. De hoeveelheid bloed, die de vaten van den acardiacus zullen ontvangen hangt af 1°. van den hoek, die een zijtak maakt met den hoofdtak, 2°. van den afstand van den oorsprong van een tak tot de plaats waar de art. umbilic. in de art. hypogastrica komt, en 3°. van het lumen der zijtakken. Door de anatomische verhouding van de art. umbilic. tot de art. iliaca comm. zal het bloed het gemakkelijkst stroomen naar de onderste extremiteiten en het bekken. Het bekken is dan ook steeds het centrum van ontwikkeling; bij de meest voorkomende acardiaci, de acephalen, zijn het bekken en de onderste extremiteiten het best ontwikkeld. De artt. lumbales, de artt. renales, de art. mesenter. inf. en sup. ontvangen gemakkelijk bloed, zoodat de wervelkolom, nieren en darm meestal ontwikkeld zijn; de art. coeliaca, die met een scherpen hoek uit de aorta ontspringt, ontvangt geen bloed; deze oblitereert met de vena portae, waardoor lever, milt, maag en pancreas meestal ontbreken.

Indien ook de aorta thoracica bloed ontvangt, splitst deze zich in het gunstigste geval in de beide artt. subclaviae; de aorta ascendens gaat met het hart te niet en de arcus aortae, waaruit de carotiden ontspringen, wordt gestrekt. Al naardat nu de eene of andere

arterie meer of minder bloed ontvangt of wel oblitereert, ontstaan verschillende vormen van acardiaci. „Sind aus irgend einem Grunde alle Seitenäste der Aorta geschwunden nur die Carotiden wegsam geblieben, so entwickelt sich nur der Kopf und der Acephalus wird ein Acormus," meent Claudius. Oblitereert het grootste deel van de aorta en blijven slechts enkele arteries in de nabijheid van de art. umbilic. over, dan ontstaat de acardiacus amorphus, een vormlooze klomp. Daar ook de afvoer van het veneuse bloed gestoord is, ontstaat dikwijls partieel oedeem en nog vaker een kolossale ontwikkeling van het onderhuidsche bindweefsel.

De vorenstaande theorie van Claudius, hoe aantrekkelijk ook door haren eenvoud, kon niet ieder bevredigen.

Terwijl het na het voorgaande moet opvallen, dat de verklaring door Claudius van den acormus gegeven minstens zeer gedwongen is, wordt de theorie van het te niet gaan van het hart, het omkeeren van den bloedstroom in den acardiacus, als een gevolg van het feit dat de allantoïsvaten elkander ontmoeten en het eene hart de overwinning behaalt, bestreden door Ahlfeld[1]). Deze gelooft, dat indien werkelijk de vaten zich in elkaar zouden openen er daar ter plaatse een apoplexie zou ontstaan; van veranderde stroomrichting zou dan, bij de veelvuldig bestaande anastomosen, geen sprake kunnen zijn. Ahlfeld heeft echter voor zijne theorie ook den strijd der beide harten noodig, welke strijd gevoerd zou worden in de capillairen der allantoïsvaten. De op te treden hartdood zou afhankelijk zijn van de verhouding der beide allantoïden tot de placentairplaats. Indien beide gelijke deelen van de placentairplaats innemen, ontstaan twee normale vruchten. Vertakt zich de eene allantoïs in een zeer klein deel van de placentairplaats, dan zal het toebehoorende hart atrophisch en door het andere overwonnen worden; dan ontstaat de „acardiacus anceps", met zeer rudimentair hart; indien eindelijk de eene allantoïs in 't geheel geen gelegenheid vindt zich te vertakken op de placentairplaats, dan zal hij zich moeten vereenigen met de allantoïs van zijn tweelingbroeder, zijn hart zal te niet gaan, en er zal, als allantoïs-parasiet, een acardiacus ontstaan.

Deze theorie kan als eene wijziging van die van Claudius worden aangemerkt.

Ook Panum[2]) is van meening, dat er bij het ontstaan van den acardiacus andere momenten in het spel zijn: dat b.v. omsnoering door de vliezen of door de navelstreng een monstrum kan doen ont-

---

[1]) Archiv f. Gynaecologie, Band 14.
[2]) Virchow, Archiv, Band 72.

staan, dat dan door de toevallig bestaande anastomosen verder gevoed wordt door zijn tweelingbroeder.

Dareste[1]) kwam op grond van zijne onderzoekingen tegen de meening van Claudius op. Hij zag n.l. in de eerste dagen van het broeden bij vogels, zonder dat er twee vruchten bestonden, monsters, die defecten vertoonden als van den acardiacus; deze misvormingen gingen zeer spoedig te niet, „ils n'ont qu'une existence très courte, presque éphémère", omdat zij niet verder gevoed worden; na korten tijd was van deze monstra niets meer te vinden. Bij de zoogdieren zou nu, volgens Dareste, het aangelegde monstrum, door de toevallig bestaande anastomose verder gevoed kunnen worden.

Dat de vaten van het gezonde kind en den acardiacus steeds door ruime anastomosen op de placenta samenhangen, kan zeker niet gelden als bewijs voor de theorie van Claudius over het ontstaan van den acardiacus; immers indien deze anastomose niet bestond zou de acardiacus, ook al werd hij als zoodanig aangelegd, noodzakelijk moeten te gronde gaan, evenals wanneer er in het geheel geen gezond kind naast het monstrum aanwezig was.

Zoo bestonden tot voor korten tijd twee theorieën over het ontstaan van den acardiacus. Beide stonden scherp tegenover elkander en vonden zoowel hare verdedigers als bestrijders.

De eene leer, waarvan Claudius de stichter is, verkondigt het ontstaan van twee normale embryonen, waarvan een door zuiver mechanische invloeden tot acardiacus wordt (secundaire hartdood); de andere, door Dareste en anderen verdedigd, laat den acardiacus, als een defect embryo zonder hart aanleggen, hetgeen dan later door toevallige omstandigheden blijft voortbestaan (primair hartdefect).

Het vorige jaar heeft Schatz[2]) op nieuw de resultaten medegedeeld van zijne langdurige onderzoekingen over een-eiïge tweelingen, meer in het bijzonder met het oog op het ontstaan van acardiaci. Hij verwerpt beide theorieën en gelooft, dat de verhoudingen veel ingewikkelder zijn dan Claudius en Dareste zich voorstellen. De theorie van Dareste moge juist zijn voor die acardiaci, zegt Schatz, die geheel vastzitten aan den tweelingbroeder, de parasitaire acardiaci, zij kan niet gelden voor die welke een afzonderlijke navelstreng of wel een afzonderlijk amnion hebben, de acardiaci in engeren zin; deze laatste ontstaan als reeds een allantoïs- of placentaircirculatie bestaat, zooals de aanwezigheid

[1]) Comptes rendus de l'académie des Sciences, 1865 en 1873.

[2]) Prof. Dr. Friedrich Schatz, Die Acardii und ihre Verwandten. Gratulationsschrift, Berlin 1898.

van een navelstreng bewijst. Dan kan van primair hartdefect geen sprake zijn, want zonder hart kan zich geen allantoïscirculatie vormen. Hij wijst er voorts op, dat de theorie van Claudius, gewijzigd door Ahlfeld, in strijd is met physische en physiologische wetten; indien toch de druk in de allantoïs-arteries van het eene embryo hooger is dan in die van het andere, zal, bij de veelvuldig bestaande anastomosen, het bloed, indien de vaten elkander ontmoeten, veel eerder uitwijken naar de venen van de andere allantoïs, waarin de druk in ieder geval lager is dan in de arteries. Het zwakkere hart zal daardoor meer bloed ontvangen en sterker worden, totdat beide zich in evenwicht bevinden. Acardie zal op deze wijze niet kunnen optreden.

Schatz geeft nu in de eerste plaats eene verklaring van het optreden der oppervlakkige anastomosen tusschen de vaten op de placenta bij een-eiïge tweelingen. Hij onderscheidt daarbij 4 typen van placentae: 1°. die zonder anastomosen, 2°. die met eene arteriëele anastomose, 3°. die met een veneuse anastomose, en 4°. die met eene arterieele en veneuse anastomose.

Algemeen bekend is de voorstelling van Schatz over den z.g. „dritter Placentarkreislauf" bij een-eiïge tweelingen [1]). Stel, het gunstigste geval, dat de tweelingen ieder in de helft van de placenta hunne vaten vertakken, dan zullen toch op de grens enkele chorionvlokken zoowel van het eene als van het andere embryo vaten ontvangen. Het eene zal de arterie leveren, het andere de vena of omgekeerd. Daardoor komt een derde bloedsomloop tot stand, die door de harten der beide tweelingen gaat; één stroom gaat van het embryo E, dat de arterie levert, naar het embryo E', dat de vena afgeeft, stroom EE'; een tweede stroom $E'E$ gaat juist omgekeerd. Deze beide stroomen nu zullen in de groote meerderheid der gevallen niet gelijkwaardig zijn; dientengevolge zou het eene embryo meer bloed ontvangen dan het andere, zoodat het eene plethorisch, het andere anaemisch zou worden, ware het niet, dat in den eersten tijd van de placentair-circulatie nog ruime anastomosen bestonden in de placenta tusschen de arteries en venen der beide tweelingen. Deze anastomosen zorgen nu, dat de druk in beide allantoïsvaten gelijk blijft. Hoe meer deze druk verschilt, hoe wijder de anastomosen zullen worden.

Zoo bewijst in het algemeen het bestaan van oppervlakkige anastomosen tusschen de placentavaten van een-eiïge tweelingen, dat de beide stroomen EE' en $E'E$ niet symmetrisch zijn aangelegd, terwijl de wijdte der anastomosen den graad van deze asymmetrie aangeeft.

---

[1]) Zie b.v. Schroeder's Lehrbuch der Geburtshülfe, 10te Auflage, blz. 80.

Nadat Schatz vervolgens het ontstaan der macro- en microcardii en ten slotte dat der hemiacardii en der heteromorphe micro- en macrocardii, die hij met de acardii tot een natuurlijk systeem wil vereenigen, verklaard heeft, vraagt hij zich af hoe de acardii nu wel ontstaan. En het antwoord luidt: in de groote meerderheid der gevallen door secundairen hartdood, die optreedt als bij bestaande arteriëele en veneuse anastomose tusschen de vaten der beide tweelingen op de placenta een stroombelemmering ontstaat in den veneusen bloedstroom van den aanstaanden acardiacus. Deze belemmering moet gelegen zijn tusschen de placenta en het hart en bestaat meestal in eene plaatselijke vernauwing in het verloop van de vena umbilicalis. Het gevolg van die vernauwing zal zijn, dat de aanstaande acardiacus minder bloed van de placenta ontvangt, dat zijn hart langzaam zwakker, de arteriëele druk lager wordt, zoodat door de bestaande arteriëele anastomose bloed van den gezonden tweeling stroomt in de vaten van den acardiacus en diens hart tot stilstand brengt. Duidelijk schijnt dan het ontstaan der acardiaci. Door de stroombelemmering in de vena umbilic. ontstaat een sterk verschil tusschen de stroomen EE' en $E'E$. De anastomosen in de placenta, die dit verschil zouden compenseeren, indien de oorzaak in de placenta gelegen ware, kunnen dit niet als de vernauwing optreedt op een plaats verwijderd van de placenta. Integendeel, de bestaande anastomosen zullen dan juist nog verderfelijker voor het eene embryo worden, want de bestaande veneuse anastomose zal ruimschoots gelegenheid geven aan het bloed, dat tegen de vernauwing stuwt, om terug te stroomen en zoo de toevoer van bloed nog verminderen; de arteriëele anastomose geeft dan gelegenheid aan het bloed van het gezonde kind om te dringen in de arterie van den acardiacus.

Ten slotte blijft dan te bewijzen over, dat de vernauwing van de vena primair, de hartdood secundair is. Schatz vindt dit bewijs voornamelijk in den acormus door Barkow beschreven. Hier is de allantoïsvena niet alleen vernauwd, doch geheel geöblitereerd, terwijl de arterie wel is blijven bestaan; de vena omphalo-mesenterica heeft de functie van de vena umbilic. overgenomen; deze toestand moet dus ontstaan zijn in het tijdperk, dat de dooierblaascirculatie bestaat naast de placentaircirculatie. De vernauwing moet op zoodanige plaats zijn opgetreden, dat niet een andere vena de functie kon overnemen, dus daar waar de allantoïsvena steeds enkelvoudig is, dit is ter hoogte van de toekomstige navelstreng. Het feit nu, dat de vena omphalo-mesenterica, die anders steeds verdwijnt, hier bestaan bleef, bewijst, dat de vernauwing en obliteratie van de allantoïsvena het primaire is. De acormus zou dan op

de volgende wijze ontstaan zijn: doordat de allantoïsvena van den toekomstigen acardiacus hoe langer hoe nauwer wordt, zal zij van het vaatnet van het chorion hoe langer hoe minder bloed brengen naar de vena cava. Het bloed zal door de zeer talrijke anastomosen, die in de wederzijdsche chorionvaten bestaan, stroomen naar de allantoïsvena en vena cava van het gezonde embryo. Daardoor wordt hierin de bloeddruk hooger dan in die van den toekomstigen acardiacus. In iedere vena cava mondt dan ook nog de bijbehoorende vena omphalo-mesenterica, welke op de dooierblaas door ruime anastomosen samenhangen. Tengevolge van het drukverschil zal nu het bloed het gemakkelijkst stroomen van de vena cava van het gezonde embryo door de beide v. v. omphalo-mesentericae naar de vena cava van den acardiacus. Wel is waar zal er nu bij voortgaande vernauwing van de allantoïsvena langzamerhand een wijde anastomose komen te bestaan tusschen de beide v. v. omphalo-mesentericae, maar toch zal de bloeddruk in de vena cava van den acardiacus nimmer zoo hoog kunnen worden als die in de vena cava van het normale embryo, dat het bloed moet leveren voor den eerste. Zoo zal de voeding van het hart lijden en het onder hoogeren druk staande arteriëele bloed van het normale embryo zal gelegenheid vinden te dringen in de arteries van den acardiacus. Dit laatste geschiedt dan niet door de art. omphalo-mesenterica, doch door de art. umbilic., omdat het dooierblaas-vaatnet in dien tijd gaat atrophiëeren.

De anatomische vorm der acardiaci hangt dan hoofdzakelijk af van het lumen der arteriëele en veneuse anastomose, en wel in de eerste plaats van dat van de laatste. De betere of slechtere veneuse afvoer van het bloed zou over het voortbestaan van een orgaan beslissen en niet, zooals Claudius meent, de hoeveelheid bloed, die de acardiacus door zijne slagaderen ontvangt.

De plaats waar de vernauwing in het venenstelsel optreedt, kan verschillend zijn en dikwijls wordt, tengevolge van secundaire veranderingen, in een speciaal preparaat van deze vernauwing niets gevonden. Schatz geeft als praedilectieplaatsen aan: de nabijheid van het hart, de ductus venos. Arantii of de buurt van de lever, de navelring (stenose of breuk), de navelstreng en bij uitzondering de placenta, n.l. dan als de daar bestaande veneuse anastomose zeer nauw is.

De oorzaak van het ontstaan der acardiaci zou dus slechts in de laatste plaats in de placenta te zoeken zijn; deze heeft daardoor zeker veel van haar belangrijkheid, die men haar vroeger meende te moeten toeschrijven, verloren. In ieder geval blijft zij belangrijk genoeg om haar bij een geval, dat zich mocht voordoen, aan een nauwkeurig onderzoek te onderwerpen. Voor een juist overzicht der

verhoudingen van het vaatstelsel van den acardiacus en van de placenta is het wel noodig, dat deze geïnjicieërd worden. Reeds gedurende het prepareeren, waarbij mij mijn zwager Dr. Jacobi te Amsterdam zijn gewaardeerde hulp verleende, waarvoor ik hem hier nogmaals mijn dank betuig, speet het mij, dat dit in mijn geval om velerlei redenen niet was geschied, een spijt die verergerde toen ik later de zeer leerrijke studie van Prof. Schatz in handen kreeg en de vele schoone teekeningen van geïnjicieërde placentae in het Archiv für Gynaecologie [1]) bewonderde.

Door een gelukkig toeval zijn de verhoudingen in mijn geval in de placenta ook bij eenvoudig prepareeren zeer duidelijk.

De te beschrijven misgeboorte werd den 26sten Sept. 1899 geboren.

De moeder is eene gezonde vrouw, 32 jaren oud, III-para. Bij de beide vorige bevallingen, resp. voor 4 en 2 jaren, werd spontaan, in achterhoofdsligging, een levend en normaal kind geboren. Beide keeren verleende ik de vroedvrouw hulp bij het nageboortetijdperk wegens retentio placentae. Deze laatste zwangerschap bereikte haar normale einde; de laatste menstruatie had plaats gehad in December 1898. Gedurende dezen tijd was de vrouw volkomen gezond, van schrik of trauma was niets bekend.

Er bestond tweelingzwangerschap. Het eerste kind werd spontaan, in achterhoofdsligging geboren; het was normaal en van het mannelijk geslacht. Een paar uren daarna liet de vroedvrouw mijn hulp vragen, omdat de geboorte van het tweede kind, dat zich in stuitligging zou bevinden, niet vorderde, omdat de vrouw vloeide en de vroedvrouw geen harttonen meer hoorde.

Bij mijne komst vond ik eene ietwat anaemische vrouw met matig veel bloedverlies en overgevulde pisblaas. Het kind bevond zich in lengteligging, harttonen waren niet te hooren, weeën waren er niet. Bij inwendig onderzoek bestond volkomen ontsluiting; ook ik stelde de diagnose onvolkomen stuitligging, stuit op den bekkeningang. Na katheterisatie wilde ik trachten door den handgreep van Pinard een voet af te halen, om daarop de extractie te laten volgen. Ik vond echter op de normale plaats geen been, doch iets hooger opgaande, meer naar achteren, eene abnormale opening in het kinderlichaam, gedeeltelijk omgeven door scherpe beenpunten. Boven in den uterus vond ik een voet. Ik meende de keering te doen, doch het voorliggend deel liet zich niet opduwen; wel werd bij eene ernstige poging de voet buiten de vulva gehaald, doch de keering

---

[1]) Zie Archiv f. Gynaecologie, Band 24, 27, 29, 30, 55.

was niet volbracht. Ook de dubbele handgreep van Justine Siegemundin leidde tot geen resultaat. Ik besloot mijne pogingen buiten narcose op te geven. In narcose volgde toen tamelijk gemakkelijk door trekken met beide handen aan het voorliggend deel een misgeboorte, die geen teekenen van leven gaf. De nageboorte volgde spoedig daarop. Het kraambed verliep ongestoord. Het normale kind is den 19den dag gestorven; ik zag het eerst weer nadat het reeds overleden was.

De vader is 30 jaren oud en gezond. Aangeboren gebreken of erfelijke ziekten zijn noch in de familie van den vader, noch in die van de moeder bekend.

De misgeboorte heeft eene lengte van 39 cM. en weegt 2500 gram.

De huid is overal gerimpeld; er bestaat eene sterke ontwikkeling van het onderhuidsche bindweefsel.

Eene insnoering scheidt het bovenste deel, dat geheel met huid bedekt is, waarop haren, van de rest. Men voelt in dat bovenste deel beenderen door. Links bestaat een snuitvormig uitsteeksel, aan de punt daarvan heeft de huid eene opening. Ook in dit snuitvormig uitsteeksel zijn beenderen door te voelen. Voorts bevinden zich in de huid van dit bovenste deel aan de voorzijde enkele groeven.

Aan den voorsten borstwand bestaat eene splijting in de huid, die 5½ cM. lang en 2 cM. breed is. In deze splijting liggen vliezige deelen bloot. Het bovenste deel van de splijting vormt eene opening van 2 cM. middellijn, die naar de diepte voert.

Duidelijk zijn ribben (10 in getal) en een wervelkolom door te voelen. Een borstbeen bestaat niet.

In de rechter lies ziet men een dwarsche scheur in de huid, die 5 cM. lang en 2 cM. breed is.

Er bestaat een penisvormig aanhangsel, waarin van voren eene opening; een stilet dringt gemakkelijk naar de diepte door; daaronder een scrotum, dat ledig is.

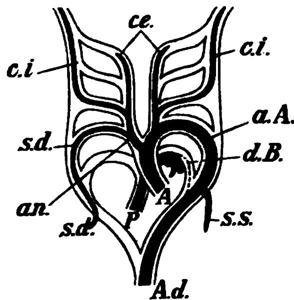
De misgeboorte heeft goed gevormde bilplooien, met uitwendigen anus, die volkomen open is.

Van eene navelstreng is niets te vinden.

Bekkenbeenderen zijn gemakkelijk door te voelen; verder bestaan er twee beenen, met slappe heup-, knie- en voetgewrichten. In het bovenbeen voelt men één been, in het benedenbeen twee beenderen. De voeten zijn klompvoeten. De rechter heeft twee goed gevormde teenen (de 1ste en 2de) ieder voorzien van een nagel; voorts nog één breede teen met één nagel, waarop twee overlangsche gleuven, die zich in de huid voortzetten. De linker voet heeft 4 teenen met zeer kleine nagels. De eerste en tweede teen zijn geheel vrij; de twee buitenste zijn aan de basis vergroeid.

Bij het prepareeren vallen de vele sereuse holten op in het bindweefsel; telkens moet met een spons het sereuse vocht verwijderd worden. Bij het openen van den buik vindt men een holte waarin darmlussen; van een maag is niets te vinden, evenmin van een lever, milt of pancreas. In de buikholte liggen twee testikels met de zaadstreng; de testikels zijn ieder $1^{1}/_{2}$ cM. lang en $^{1}/_{2}$ cM. breed. Iets daarboven vindt men twee zeer kleine nieren (1 cM. lang en $^{1}/_{2}$ cM. breed); boven elke nier een bijnier. De nieren zijn door vet omgeven. Een ureter loopt van iedere nier naar de blaas. Een vliezig diaphragma scheidt de buikholte van de zeer kleine borstholte. Beiderzijds bestaat, verbonden aan de 1ste rib, een rudiment van een sleutelbeen en schouderblad. De navelstreng zal geïnsereerd hebben aan den benedenhoek van de splijting in den voorsten borstwand. Vandaar vindt men, al prepareerende, de navelvaten, en wel één arterie en één vena met den urachus en een lig. vesico-umbil. later. door den buikwand naar beneden loopen. De arterie mondt in de art. iliaca commun. dext., de vene in de vena iliaca sinist. De arteries en venen zijn naar boven niet verder te vervolgen dan in fig. 3 aangegeven is.

Ter hoogte van het bovenste deel van de splijting in den voorsten borstwand ligt in de borstholte een boonvormig orgaan, dat 2 cM. lang, 1 cM. breed en 1 cM. dik is. De aorta loopt in dit orgaan uit. Het vertoont bij doorsnede een kleine holte met dikken, gladden wand; er steken in de holte trabekels uit als in een hart. Het microscopisch onderzoek, door Dr. Jacobi verricht, van enkele preparaten leert, dat er tusschen bindweefselstrengen spiervezels in allerlei richtingen loopen. De spiervezels vertoonen, met eene homogene immersie gezien, duidelijk dwarsstreeping. Het orgaan is dus een hartrudiment. Vergelijkt men voorts het verloop van het bovenste deel van de aorta (in fig. 3) met het nevenstaande schema van Rathke over de metamorphose der aortabogen, dan wordt het waarschijnlijk, dat *bb'* de gestrekt verloopende arcus aortae zal zijn, *a. s. s.* de art. subclavia sinist. en *a. s. d.* de art. subclavia dext.



A = aorta.
d.B. = duct. Botalli.
P = art. pulmonal.
a.n. = art. anonyma.
a.A. = arcus aortae.
s.d. = art. subcl. dext.
A.d. = aorta descendens.
s.s. = art. subcl. sinist.
c.i. en *c.e.* = carotis int. en ext.

Ten slotte vindt men een tamelijk groot schedelrudiment, dat een omtrek heeft van $12^{1}/_{2}$ cM. Men ziet daaraan beenderen, die een schedeldak vormen en door naden en vliezen met elkander ver-

bonden zijn. De aangezichtsschedel ontbreekt. In de schedelholte vindt men een structuurlooze massa. De benaming der schedelbeenderen is niet steeds even gemakkelijk. Duidelijk is het, dat de rechter helft sterker ontwikkeld is dan de linker; dientengevolge wijst het snuitvormig uitsteeksel, dat het voorste deel zijn moet, naar links. Dit snuitvormig uitsteeksel vormt een geheel met een plat beenstuk, dat naar rechts het voorste deel van den schedel vormt. Gaten of kammen, die een foramen opticum of sella turcica zouden kunnen voorstellen, zijn daaraan niet waar te nemen. Aan de basis wordt dat voorste beenstuk beiderzijds van achteren begrensd door een rotsbeen, dat rechts vrij groot, links veel kleiner is. Aan het schedeldak grenzen aan het voorste beenstuk twee wandbeenderen, een rechter en een zeer klein linker. Naar achter wordt het schedeldak gevormd door de schub van het achterhoofdsbeen. Van de schedelholte uit ziet men een foramen magnum, dat slechts van achteren door eene uitbochting van het achterhoofdsbeen begrensd wordt. De halswervels hangen innig samen. De bovenste hebben van achteren een wijden ring of boog, die achter breed is en geen duidelijke uitsteeksels vertoont. Waarschijnlijk zijn dit geen wervels, doch beenstukken, die nog bij den schedel behooren. Van bewegelijkheid, die zou wijzen op het bestaan van gewrichten als tusschen schedel en atlas, of tusschen atlas en epistropheus is niets te vinden. De placenta, die ongeveer rond is, heeft een omtrek van 68 cM., een gewicht van 600 gram. Vrij wel in het midden insereert de navelstreng van het normale kind, die pinkdik is en eenige valsche knoopen heeft; het deel, dat nog aan de placenta verbonden is, heeft een lengte van 54 cM. Om de plaats van insertie bevindt zich als een trechter een vlies (amnion van het normale kind). Men ziet duidelijk de vaten zich op de placenta vertakken; een sterke tak gaat naar het eene deel van de placenta. Voorts gaat een deel van de navelstreng over de placenta heen naar den rand, om daar uit te loopen in een dunner strengetje, potlooddik, dat zich aan den rand van de placenta aanhecht. Het is het afgescheurde strengetje van den acardiacus en heeft een lengte van 9 cM. Een vlies zit verbonden aan een deel van deze streng en insereert voorts aan een deel van de placenta (amnion van den acardiacus). Dit deel van de placenta, blijkbaar behoorende aan den acardiacus, is duidelijk dunner dan de overige placenta.

Kalkafzettingen vindt men in de placenta niet.

In de navelstreng van het normale kind loopen twee arteries, die zich slingeren om een vena; vlak bij de placenta hebben de beide arteries een anastomose. De eene arterie vertakt zich in een deel van de placenta; de andere geeft een sterken tak af, die naar

de streng van den acardiacus loopt. In deze navelstreng vindt men behalve deze arterie een vena, die direct uitmondt in de vena van de navelstreng van het normale kind. Deze twee vaten zijn de eenige, die men in de navelstreng van den acardiacus vindt.

Terwijl dus de beschreven placenta de type vormt van een acardiacusplacenta, waarbij het tot den acardiacus behoorende deel geatrophiëerd is en door het gezonde kind van bloed wordt voorzien, vertoont de misgeboorte zelve, wanneer men andere beschrijvingen en teekeningen vergelijkt, eenige bijzonderheden, en wel

1°. hare algemeene ontwikkeling;
2°. het hartrudiment;
3°. de kleine nieren;
4°. het groote schedelrudiment.

Hare algemeene ontwikkeling zou, volgens Schatz, te verklaren zijn door de in dit geval bestaande ruime anastomosen, vooral door de ruime veneuse anastomose.

Het hartrudiment maakt dezen acardiacus zeker tot een merkwaardig preparaat; er bestaan enkele opgaven meer waar sprake was van een hartrudiment, doch gewoonlijk bleek dit later onjuist te zijn. Dit hartrudiment wijst er op, dat deze misgeboorte zeker niet als monstrum zonder hart werd aangelegd, niet door primair hartdefect kan ontstaan zijn.

De nieren zijn bij de meeste beschreven acardiaci zeer groot, terwijl bij de acephalen, waartoe deze misgeboorte wel behoort, geen of een klein schedelrudiment bestaat. Injectie der vaten zou misschien nadere aanwijzingen of verklaringen hebben gegeven.

Indien men dezen acardiacus een plaats zou willen aanwijzen in een systeem, dat men voor zijne lotgenooten heeft gemaakt, dan moet hij volgens Schatz gebracht worden tot de acardii completi abrachii, terwijl hij volgens Förster een acephalus paracephalus is.

Ten slotte geeft het eigenaardig verloop van de vena umbilic. nog eenige, zij het ook geringe, inlichting over het ontstaan van deze misgeboorte. Schatz wijst er op, dat waar de vernauwing in het veneuse stelsel optreedt, in het lichaam van den acardiacus, bijv. in de leverstreek, de taak van de vena umbilic. wordt overgenomen door een anastomose, die bestaat tusschen de vena epigastrica en de vena umbilic. vlak bij den navel, de z.g.n. vena Burowi. Zoo mondt dan ten slotte de vena umbilic. door de vena epigastrica in de vena iliaca, hetgeen bij vele acardiaci zou voorkomen, zooals dit ook hier het geval is.

Zoo zouden wij dan in zooverre ingelicht worden over de oorzaak van het ontstaan van dezen acardiacus, dat wij weten, dat deze

gezocht moet worden in eene oorspronkelijke vernauwing van de vena umbilicalis in het lichaam van den acardiacus.

Harderwijk, Dec. 1899.

VERKLARING DER FIGUREN.

Fig. 1. Photographie genomen terwijl de misgeboorte aan de voeten was opgehangen. Men ziet in het bovenste deel groeven, links het snuitvormig uitsteeksel. Verder de opening in den voorsten borstwand, die opengehouden wordt door een lucifer; het penisvormig aanhangsel; in de rechter lies de scheur in den buikwand; het scrotum en twee beenen met klompvoeten.

Fig. 2. Photographie van de placenta, waarvan de vaten geprepareerd zijn. Men ziet de arterie in haar geslingerd verloop naar de navelstreng van den acardiacus: daaronder de vena.

Fig. 3. Teekening van het vaatverloop in den acardiacus (halve grootte); de arteries zijn rood, de venen blauw gekleurd.

r. = rechter rotsbeen.
h. = hartrudiment (naar links omgeslagen).
sl. = sleutelbeenrudiment.
a. s. s. = art. subclavia sinist.
a. s. d. = art. subclavia dext.
a. = aorta.
v. en *v'* opstijgende venen.
d. d. darmen.
v. u. = vena umbilicalis = vena Burowi (naar links omgeslagen).
i. c. s. = art. iliaca comm. sinist.
i. c. d. = art. iliaca comm. dext.
a u. = arter. umbilicalis.
l. m. = urachussteel.
l. l. = lig. vesico-umbil. sinist.
} (naar rechts omgeslagen.
p. = pisblaas.
a. h. s. = art. hypogastrica sinist.
a. h. d. = art. hypogastrica dext.
n. c. d. = nerv. crural. dext.
a. c. d. en *v. c. s.* = art. en ven. crural. dext.
n. c. s. = nerv. crural. sinist.
a. c. s. en *v. c. s.* = art. en ven. crural. sinist.
r'r' zijn takken, die naar rechts gaan.
l gaat naar links.
n. — u. = nier met ureter.
t. — z. = testikel met zaadstreng.
bb' = gestrekt verloopende arcus aortae.

Fig. 4. Teekening van het vaatverloop op de placenta; de arteries zijn rood, de venen blauw gekleurd.

n. n. = navelstreng normale kind.
v. = vena umbilic.
a. a' = artt. umbilic.
t t t t t takken van de art. umbil. *a*.
d. = tak van de vena umbil.
c. = tak van de art. umbil. *a'*
} die loopen naar den navelstreng n. a. van den acardiacus.
am. = amnion van den acardiacus.
p = deel van de placenta behoorende aan den acardiacus.
ch. = gemeenschappelijk chorion.

Fig. 5. Teekening van het schedelrudiment, natuurlijke grootte, van rechts gezien.

s. n. = snuitvormig uitsteeksel.
r. w. = rechter wandbeen.
v. b. = voorste beenstuk.
s. a. = schub achterhoofdsbeen.
r. r. = rechter rotsbeen.
l. w. = linker wandbeen.

OVER GENITAALTUBERCULOSE,

DOOR

Dr. C. H. STRATZ.

In de vergadering van de Nederl. Gynaecologische Vereeniging op 22 Dec. 1897 bracht de heer Driessen in een wel doorwrochte voordracht verslag uit over een geval van uterustuberculose, door Prof. Treub geopereerd [1]). In de daarop volgende discussie deden Kouwer en Halbertsma verslag van eenige soortgelijke gevallen uit hun praktijk. Prof. Veit „kreeg den indruk, dat in Holland relatief veel tuberculose voorkomt".

Geen der aanwezigen echter kon of wilde zich een op feiten gestaafd oordeel daaromtrent veroorloven. Wanneer inderdaad de „algemeene indruk" van Veit blijkt samen te gaan met een werkelijk bestaanden toestand, dan zoude het toch van het hoogste gewicht zijn, omtrent de verspreiding der tuberculose op genitaalgebied in Holland eenig meer licht te doen vallen.

Deze gedachte kwam natuurlijk pas na afloop van de vergadering bij mij op, en ik besloot het mijne er toe bij te dragen, om op grond van vaste gegevens deze vraag nader te kunnen beantwoorden.

Eene statistiek van tuberculose, door een gynaecoloog samengesteld, zal natuurlijk slechts eene betrekkelijke waarde hebben, en in vele opzichten geen conclusies veroorloven; zoo is bijv. de verhouding van long- en genitaaltuberculose daaruit geenszins te bepalen, daar de gynaecoloog qualitate qua veel meer gevallen van genitaaltuberculose, dan van longtuberculose te zien krijgt.

Niettegenstaande deze en andere bezwaren meen ik toch, dat de door mij verkregen uitkomsten belangrijk genoeg zijn om te worden gepubliceerd, al ware het alleen maar, dat daardoor ook anderen met een grooter materiaal in denzelfden geest gingen onderzoeken.

Het is hier de plaats er op te wijzen, dat Hegar [2]) de eerste was die in eene uitmuntend geschreven monographie voor 14 jaren er op wees, dat de genitaaltuberculose dikwijls over het hoofd werd

---

[1]) Driessen, Een geval van Tuberculose van de portio vaginalis. Nederl. Tijdschr. voor Verlosk. en Gynaecol. 1898. IXe deel. pag. 63.

[2]) Hegar, Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes. Enke, 1886.

gezien, wat te meer was te betreuren, omdat, zooals hij kon aantoonen, zeer dikwijls door recht tijdig opereeren genezing kon verkregen worden.

In zijn boven aangehaald opstel heeft Driessen deze en de volgende brochures van Hegar en zijne leerlingen niet gememoreerd, en ik meen dus verplicht te zijn, hier vooral op dit eerste geschrift van Hegar te moeten wijzen, dat ook heden nog, vooral op klinisch gebied, de hoogste aandacht waardig is.

Ik heb dan ook de Hegar'sche monographie tot basis van mijn onderzoek genomen en getracht daarop voort te bouwen, in verband met de meerdere eischen, die de tegenwoordige stand van de wetenschap meebrengt.

Om daaraan streng te voldoen, heb ik slechts zulke gevallen als tuberculose beschouwd, bij welke, hetzij in het sputum, hetzij in het vaginaalsecreet of elders, tuberkelbacillen waren aan te toonen. Zoodoende zal wel het een of het andere geval, dat misschien latent tuberculeus was, in mijne statistiek zijn weggevallen; zeker echter is het dat de door mij gegeven cijfers procentsgewijze een minimaalgetal aantoonen.

Onder eene doorloopende reeks van *300 gynaecologische patiënten*, die allen een jaar en langer onder observatie zijn, vond ik *24 gevallen van tuberculose*, die zich als volgt laten verdeelen.

De genitaliën waren aangedaan in 22 van de 24 gevallen, en wel in 19 gevallen de tuben, in een de uterus, in een de vagina en in een alleen de ligamenten.

De longen waren aangedaan in 18 van de 24 gevallen; in al deze gevallen zijn tuberkelbacillen in het sputum gevonden.

Buitendien werden in drie gevallen zeker tuberkelbacillen in de faeces aangetoond en in een vierde waarschijnlijk tuberculeuze enteritis, en eene keer eene tuberculeuze pyelocystitis.

Als primaire haard van de tuberculose kon in deze 24 gevallen bij langer durende observatie met meer of minder zekerheid worden aangetoond:

genitaliën	13	keer,
longen	5	„
darm	3	„
gewricht	1	„
nieren	1	„
huid en lympheklieren . .	1	„
	24	keer.

Opmerkelijk is het, dat in vijf gevallen de latente tuberculose van de longen in onmiddellijke aansluiting aan een partus manifest is geworden, en wel in een van die vijf gevallen zonder dat er ook

aan de genitaliën tuberculeuze veranderingen waren aan te toonen.

Van de 24 patiënten waren 15 virgines, eene steriel getrouwd, drie vrouwen met één kind, eene met twee, eene met drie, twee met vier, en eene met vijf kinderen.

Ten einde een beter overzicht te geven, heb ik de gevallen in een tabel vereenigd, waarbij het volgende dient te worden opgemerkt.

Als eerste klinische symptomen heb ik de klachten van de patiënten aangemerkt, waarvoor zij het eerst, hetzij bij anderen, hetzij bij mij in geneeskundige behandeling kwamen. In verband met de anamnese, de van collega's ingewonnen inlichtingen en het ingesteld onderzoek liet zich de primaire plaats van de tuberculeuze infectie met vrij groote zekerheid bepalen.

Van longaandoeningen zijn slechts degenen opgesomd, waarbij in het sputum tuberkelbacillen werden gevonden (dus N°. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 22, 23, 24). In de faeces werden tuberkelbacillen gevonden in drie gevallen (15, 16, 17). In het vaginaalsecreet werden tuberkelbacillen gevonden in dertien gevallen (1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24), en wel in alle diegenen, die over fluor albus klaagden.

In de overige gevallen werd de *naast eene tuberculeuze aandoening* bestaande afwijking in de genitaalsfeer ook als tuberculeus beschouwd op grond van klinische symptomen, waarover straks nader.

In een geval (10) werden tuberkelbacillen gevonden in de urine.

In geval 13 bestonden er klachten over de digestie; evenwel kon niet aangetoond worden, dat die met zekerheid op eene tuberculeuze basis berustten, en is daarom een ? bijgevoegd.

In de laatste rubriek zijn eenige opmerkingen omtrent het verloop der ziekte opgenomen; daaruit blijkt o. a. dat twee patiënten zijn overleden en drie genezen. Van de andere viel vooreerst niets te vermelden, aangezien de observatietijd niet voor alle gevallen lang genoeg was om reeds een eindoordeel te vellen.

	Stand en leeftijd.	Eerste klinische symptomen.	Primaire aandoening.	*TUBERCULEUZE AANDOENING.*			OPMERKINGEN.
				Genitaliën.	*Longen.*	*And. organen.*	
1	Virgo 20 j.	Fluor albus, menorrhag.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis dext.	Catarrh. apic. pulm. dextr.	0	
2	I-para 31 j.	Haemoptoe.	*Pulmon.*	Salping. dupl. pelveoperit.	Catarrh. apic. dextr.	0	Na salpingotomie genezen.
3	Virgo 27 j.	Fluor albus, dysmenorrhoe.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis dupl.	Infiltrat. apic. pulm. d.	0	
4	0-para 44 j.	Bronchitis, haemoptoe.	*Pulmon.*	Metritis parametr. sin.	Infiltratio pulm. sin.	0	

	Stand en leeftijd.	Eerste klinische symptomen.	Primaire aandoening.	TUBERCULEUZE AANDOENING			OPMERKINGEN.
				Genitaliën.	*Longen.*	*And. organen.*	
5	Virgo 20 j.	Fluor albus, lendenpijn.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis dupl., kolpitis.	0	0	Een jaar later beide longen geïnfiltr., rechts cavernae.
6	I-para 22 j.	Fluor albus, menorrhag.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis duplex.	Infiltrat. pulm. sin p. p.	0	Longaandoening post partum ontstaan.
7	III-para 41 j.	Aphonie, keelpijn.	*Pulmon.*	0	Phtisis laryng. et pulmon.	0	† medio 1899, *twee jaren te voren zonder recidief uterus wegens carcinoom geëxstirpeerd.*
8	Virgo 27 j.	Fluor albus, dysmenorr. menorrhag.	*Genital.* (*tub.*)	Salping. sin. pelveoperit.	Catarrh. apic. pulm. dest.	0	Na salpingotomie genezen.
9	IV-para 36 j.	Haemoptoe p. part.	*Pulmon.*	0	Catarrh. apic. pulm. d. et sin.	0	Latent, na den eersten partus haemoptoe.
10	Virgo 13 j. non menstr.	Haematurie fluor albus.	*Vesica renes.*	Kolpitis.	0	Pyonephritis et cystitis.	Een jaar later catarrh. apic. pulm. dextr.
11	Virgo 19 j. non menstr.	Klierzwelling, koorts.	*Glandul. lymphatic. cutis.*	Salpingoophoritis duplex.	Infiltrat. apic. pulm. sin.	Spina ventosa lymphadenitis	
12	Virgo 22 j.	Fluor albus, dysmenorr. menorrh.	*Genital.* (*tub.*)	Salgingitis sin.	Catarrh. apic. pulm. sin.	0	
13	Virgo 32 j.	Lendenpijn, fluor albus.	*Articulat. ileo-sacr.*	Param. dext., salping. dupl., pelveoperit.	0	Intestina?	
14	V-para 27 j.	Menorrhagie p. part.	*Genital.* (*tub.*)	Salping. dupl. pelveoperit.	Catarrh. apic pulm. p. p.	0	Bij den eersten partus voor 8 jaar haemoptoe, daarna catarrh. pulm.
15	IV-para 23 j.	Haemoptoe p. part. III.	*Pulmon.*	Salping. dext. pelveoperit.	Cavernae pulm. utrius.	Enteritis tuberc.	† 1899. Vier partus kort achter elkaar; na de 3e haemoptoe, flor. phtisis.
16	II-para 36 j.	Diarrhoe en obstipat.	*Intestina.*	Perimetr. post. pelveoperit.	Infiltratio pulm. sin.	Enteritis tuberc.	
17	Virgo 29 j.	Diarrhoe en obstipat.	*Intestina.*	Pelveocellulit. salping. dupl.	0	Enteritis tuberc.	
18	Virgo 18 j.	Darmbloeding, peritonitis.	*Intestina.*	Salpingooph. sin., pelveoper. adh.	0	0	Zonder operatief ingrijpen genezen.
19	Virgo 22 j.	Fluor albus lendenpijn.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis sin.	Catarrh. ap. pulm. sin.	0	
20	Virgo 31 j.	Fluor albus dysmenorrhoe.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis dupl., pelveoperiton.	Infiltratio lobi I et II pulm. dext.	0	
21	Virgo 20 j.	Fluor albus amenorrh.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis sin. pelveoperit. adh.	0	0	Zonder operati veel verbeterd.
22	I-para 22 j.	Fluor albus menorrh.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis dupl., kolpitis.	Infiltrat. apic. pulm. sin.	0	Longaandoening na part. ontstaan
23	Virgo 14 j. non menstr.	Buikpijn.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis dextr.	Infiltrat. apic. pulm.	0	
24	Virgo 17 j.	Fluor albus menorrh.	*Genital.* (*tub.*)	Salpingitis duplex.	Catarrh. ap. pulm. utr	0	

Alvorens verdere conclusies te trekken, laat ik hier volgen een beknopt overzicht over deze vierentwintig gevallen.

Geval I. I. N°. 31. Virgo van 20 jaren.

Met 13 jaren gemenstrueerd, sedert 2 jaren profuus, soms met pijnen in de lendenen, sedert 2 maanden sterke fluor, groenachtige etter, hoest sedert eenigen tijd, waarvan pat. nooit hinder heeft.

Nov. 96. *Longen:* rechter top geïnfiltreerd, kleinblazige klinkende rhonchi.

Genitaliën: hymen intact, semilunair. Uterus virginalis; rechts gevoelige, ronde, knobbelige, bewegelijke tumor, met dikken steel aan den rechter uteruskant, linker adnexa vrij.

In het *sputum* en in het *vaginaalsecreet tuberkelbacillen.*

Na behandeling met ichthyol na 3 weken geen subjectieve klachten meer. Pat. komt een jaar later terug, zonder klachten, de objectieve toestand is echter onveranderd gebleven.

Geval II. I. N°. 68. I-para van 31 jaren.

Met 14 jaren gemenstrueerd, altijd profuus en zeer pijnlijk, voor 5 jaren 1 partus, spontaan, zware puerperale infectie, vooral met pijnen links gepaard. 8 maanden in bed. Een jaar geleden abortus provocatus, daarna altijd sukkelend. Obstipatie. Met 21 jaren (vijf jaren voor den partus) haemoptoe, waarbij *tuberkelbacillen in het bloed* werden gevonden.

April '97. *Longen*: rechter top gedempt tot II rib, klinkende rhonchi.

Genitaliën: Uterus in retroflexie door talrijke adhaesies gefixeerd, links een onregelmatige, zeer gevoelige tumor, hysterische symptomen.

Na eerst resorbeerende therapie en massage zonder succes te hebben beproefd, werd in October '97 de salpingoophorectomia sin. met losmaken van de talrijke adhaesies door middel van laparotomie gedaan, en eenige maanden daarna patiënte volkomen hersteld ontslagen. In April 99 vertoonde zij zich weer met klachten over globus en clavus, hierbij kon geconstateerd worden dat genitaliën evenmin als longen eenige afwijking vertoonden.

Geval III. I. N°. 73. Virgo van 27 j.

Met 18 j. gemenstrueerd, onregelmatig, soms om de veertien dagen, altijd met veel pijn, weinig bloed; reeds als kind fluor albus, die in de laatste jaren erger is geworden.

Zuster aan longontsteking overleden.

Sedert 5 jaren na influenza hoest en pijn in de borst overgebleven, gevoel van vermoeidheid, zoodat pat. niet in staat is, haar werk als dienstmeisje te verrichten.

April '97. *Longen:* tympanitische dpg. rechts boven voor tot aan

de derde rib, achter tot aan den ondersten rand van de scapula klinkende, fijnblazige rhonchi.

Genitaliën: hymen circulare, uterus week, iets vergroot, fundus in retroversie; beide adnexa verdikt, voornamelijk links een knodsvormige, harde tumor te voelen, die met breeden, ronden steel in den uterus zich inplant, en zeer pijnlijk is.

In het *sputum* en in het *vaginaalsecreet tuberkelbacillen*. Na eenige weken roboreerende behandeling vertrekt pat. zonder zich beter te gevoelen, naar Friesland.

Geval IV. I. N⁰. 86. 0-para van 44 jaren.

Met 14 j. gemenstrueerd, regelmatig, soms met pijn, veel bloed, geen fluor albus.

Sedert 16 jaren steriel getrouwd.

Voor 6 jaren influenza, sedert dien tijd hoest, een keer longbloeding, in de laatste weken sterkere hoest, heeschheid, pijn in de linkerzijde, en soms in het linker been.

Juni '97. *Longen*: geheele linker long bovenkwab geinfiltreerd, licht reutelen.

Genitaliën: Uterus vergroot, geretroflecteerd, niet gevoelig, links daarnaast gevoelige, diffuse verdikkingen, die enkele harde knobbeltjes in zich sluiten.

In het sputum tuberkelbacillen.

Pat., eene vrouw uit Scheveningen, wordt aangeraden zich voor de longen in behandeling te stellen, locaal worden vaginaaldouches en clysmata voorgeschreven.

Jan. '98 kwam patiënte met klachten over profuse menorrhagieën, bij onderzoek bleek het linker parametrium harder en minder pijnlijk, de knobbeltjes waren evenwel nog duidelijk te voelen.

Met het oog op eene proefexeochleatie stelde ik pat. voor, zich te laten opnemen, wat zij ook wilde doen; ze kwam echter niet terug.

Geval V. I. N⁰. 75. Virgo van 20 jaren.

Met 14 jaren gemenstrueerd, zonder pijn, soms om de veertien dagen, weinig bloed. Fluor albus reeds voor de puberteit. Voor 14 dagen gedurende de menses met bloote voeten in het water geloopen bij de schoonmaak, sedert dien tijd pijn in de lendenen en buik, sedert acht dagen hoest.

Mei 1897. *Longen:* objectief niets waar te nemen.

Genitaliën: hymen intact, sterke secretie uit de vagina, uterus normaal, beide parametriën diffuus verdikt en zeer pijnlijk.

In het vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Met vaginaalirrigaties en hydropathische behandeling was de toestand binnen drie weken zeer verbeterd, pat. gevoelde zich volko-

men gezond, de hoest en de fluor hadden opgehouden, eveneens de pijn. 5 Juni '97 was aan de longen niets te vinden, de genitaliën normaal behalve eene gelijkmatige, harde, niet pijnlijke verdikking van beide tubae.

Met het oog op de uitkomst van het mikroskopisch onderzoek werd pat. aangeraden, op geregelde tijden zich te vertoonen, dit gebeurde ook in Juli en Augustus '97, maar daarna bleef zij weg.

Oct. '98 kwam pat. weer. Het blozende meisje was kachectisch en mager geworden, had pijnlijke klierzwellingen rechts van de clavicula tot aan den processus mastoideus.

Het bekken was gevuld met knobbelige, zeer gevoelige tumoren in de parametria en langs den uterus, het geheele abdomen was zoo pijnlijk, dat een nader onderzoek niet mogelijk was.

Ze had herhaalde malen in die tusschentijd haemoptoe gehad, en klaagde over hoest en pijn in de borst.

In het sputum tuberkelbacillen.

Ik zond het meisje naar Dr. Roessing, die mij het volgende schreef: „Ik vind catarrh van rechter longtop, waar dus waarschijnlijk tuberculose gelocaliseerd is, buitendien hoor ik frémissement boven op rechter apex pulmonis. Het komt mij voor dat daar ter plaatse reeds vergroeiing der pleurae heeft plaats gehad en langs deze tuberculeuse infectie der glandul. lymphatic. cervicis. Mijn advies is absolute rust, diaetetische behandeling en hygienisch verblijf op het land".

De stiefmoeder van het meisje, daarmede in kennis gesteld, wilde evenwel dien raad niet opvolgen, omdat zich voor haar dochter een voordeelige betrekking opendeed. Kort daarna kwam ze weer bij mij vertellen, dat haar dochter eene vreeselijke bloedstorting uit de longen gehad had, en dat ze nu besloten waren, haar op het land te brengen. Het was echter nu te laat.

Geval VI. I. N°. 87. I-para van 22 jaren

Met 12 jaren gemenstrueerd, ongeregeld, zonder pijn, veel bloed, van af de puberteit fluor albus.

Juni '97. *Longen:* gezond.

Genitaliën: Uterus gravidus mens. II, linker tuba een knobbelige, harde, iets gevoelige tumor.

In November werd een abces van de linker glandul. Bartholini geincideerd, den 20 Febr. '98 werd patiënte met forceps van een levenden, doch zwakken jongen verlost.

Na den partus koortsen, haemoptoe, hoest, pijn, en slijm bij de defaecatie.

Maart '99 komt patiënte weer; ze is erg vermagerd, eene eretische kleur op de wangen, gevoelt zich zeer zwak, geeft veel op.

29 *Maart* '99 *Longen*: linker longtop gedempt tot II rib, klinkende, groot- en kleinblazige rhonchi, etterig sputum.

Genitaliën: Uterus vergroot en week, (gravid. in de II[de] maand?) beide tuben vormen dikke, gevoelige, knobbelige, weinig beweegelijke tumoren. Ovariën niet geisoleerd te voelen.

In het *sputum* en in het *vaginaalsecreet tuberkelbacillen*.

25 *April* '99 Uterus in de derde maand zwanger, toestand overigens onveranderd.

Geval VII. I. N°. 89, III-para van 41 jaren.

Eerste menstruatie met 13 jaar, regelmatig, zonder pijn, 20 jaar getrouwd, 3 partus, laatste voor 3 jaren, steeds gezond geweest behalve chronische laryngitis.

Juni '96. *Longen:* behalve lichte chronische bronchitis geen afwijking; percussie normaal.

Genitaliën: Uterus geretroflecteerd, door myomen onregelmatig, knobbelig, rechter ovarium cystisch tot een tumor van 8 c.M. middellijn verdikt, linker adnexa normaal; in het speculum een ulcus aan de portio, dat bij mikroskopisch onderzoek blijkt *carcinoom* te zijn.

14 *December* '97. *Vaginale totaalexstirpatie van uterus en adnexen wegens carcinoma uteri.*

12 *December* '98 komt patiënte zich vertoonen, zij gevoelt zich volkomen wel, veel krachtiger dan vroeger, locaal is geen recidief te constateeren, het litteeken volkomen glad.

In *Juni* '99 eveneens aan de genitaliën alles normaal, pat. klaagt over toenemende benauwdheid en keelpijn, is daarvoor in behandeling bij Dr. van Leiden.

August. '99 *exitus letalis* aan tuberculeuze keel- en longaandoening (v. Leiden). Denkende aan de mogelijkheid van eene carcinomateuse metastase heb ik met collega v. Leiden er over gesproken, die mij verzekerde, dat daarvan geen sprake was, dat tuberculose vaststond.

Geval VIII. I N°. 103. Virgo van 27 jaren.

Eerste menstruatie 12 jaar, onregelmatig; met 16 jaar acht maanden lang weggebleven, daarna zeer profuus en pijnlijk, fluor albus sedert de puberteit.

Een jaar geleden haemoptoe, sedert dien tijd kuchen en opgeven, vooral 's ochtends, sudor nocturnus.

Aug. '97. *Longen*: rechts in de axillairlijn en in den top klinkende rhonchi, percussie gedempt tot aan de 2[de] rib.

Genitaliën: Hypertrophie der labia minora, hymen circulare, uterus virginaal, in gefixeerde retroflexie; linker tuba knobbelig

verdikt, weinig bewegelijk, pijnlijk, met breeden, ronden steel aan den uterus; linker ovarium vergroot, gefixeerd.

Nieren, ren mobilis dexter. Urine zonder albumen.

Na zonder resultaat met resorbeerende middelen en massage te zijn behandeld, werd 19 Oct. excochleatio uteri verricht en de adhaesies in narcose verscheurd.

In het sputum en in het vaginaalsecreet werden tuberkelbacillen gevonden, echter in de uitgekrabde uterusmucosa niet.

Er werd nu eene resorbeerende behandeling en pessaria toegepast, de klachten over pijnen na de menses en ook bij defaecatie bleven dezelfde, en worden soms erger.

5 *Maart* '98. Laparotomie, linker adnexa verwijderd, adhaesies losgemaakt, linker uterushoek geventrofixeerd. De klachten verminderden zeer, echter pas in April '99 was patiënt geheel zonder klachten en zag er ook flink en bloozend uit. Genitaliën normaal, ook aan de longen geen afwijkingen te constateeren. In Juli en September 1899 status idem.

Geval IX. I. N°. 108. IV-para van 36 jaren.

Eerste menstruatie 16 jaar, regelmatig, gewoon, soms met pijn. Sedert 6 jaren getrouwd, 3 maal partus, eerste met forceps en haemorrhagien p. partum, tweede spontaan, derde met forceps, daarna eveneens sterke haemorrhagie; is nu weer gravida in de zevende maand.

Sedert den eersten partus voor 6 jaren hoest en toen ook haemoptoe, voor 3 jaren weer lichte haemoptoe.

Oct. '97, groote kachexie, klinkende rhonchi in beide longtoppen, dpg. aan weerskanten tot aan de tweede rib.

Genitaliën: Uterus gravidus VII mens., dubbelzijdige hernia inguinalis, (na eene operatie verkregen, vermoedelijk Alexander Adams); later spontaan bevallen kwam patiënt weer; de genitaliën waren normaal, *vooral de tuben geheel vrij.*

In het sputum tuberkelbacillen.

Met het oog op haar herniae verwees ik patiënte naar een chirurg.

Geval X. I. N°. 123 Virgo van 13 jaar.

Nog niet gemenstrueerd. Sedert vijf jaren van tijd tot tijd polyurie en haematurie, pijnen in de linker zijde; in de laatste weken fluor albus.

Dec. '97. *Longen*: gezond.

Nieren: linker nier pijnlijk bij druk; in de urine een bloedcylinder, licht vettig gedegenereerde epitheliën, veel uraten, reactie licht zuur.

In de urine tuberkelbacillen.

Genitaliën: infantiel; hymen zeer rekbaar, uterus in lichte retroversie.

In het vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Jan. '98. Eerste menstruatie, zonder pijn, weinig bloed, fluor albus opgehouden bij theeirrigaties.

Aug. '99. Rechter longtop tuberculeus geinfiltreerd.

Tuberkelbacillen in het sputum.

Geval XI. I. N°. 138. Virgo van 19 jaren.

Nog niet gemenstrueerd. Sedert 6 jaren aan huidaandoeningen en klierzwellingen lijdende, een aandoening van het rechter been (kniegewricht of femur?) operatief behandeld. — fluor albus.

Jan. '98. *Longen*: links boven enkele klinkende rhonchi, dpg. tot aan de derde rib, — groote kachexie, harde klierpakketten in de oksels en aan de liezen.

Genitaliën: uterus verdikt, geretroflecteerd; aan weerskanten knobbelige, harde tumormassa's, die het geheele kleine bekken vullen en zeer pijnlijk zijn.

In het sputum en vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Geval XII. I. N°. 159. Virgo van 22 jaren.

Eerste menses met 18 jaren, onregelmatig, krampen voor de menses, veel bloed, fluor albus sedert het 15de jaar.

Maart '98. *Longen*: links boven gedempt tot aan de clavicula, rhonchi.

Genitaliën: hymen rekbaar, uterus geanteflecteerd, virginaal, niet pijnlijk, linker tuba knodsvormig verdikt tot aan den uterusrand; rechter adnexa normaal.

In het sputum en vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Irrigatie van thee; hygiënische leefwijze en roboreerend diëet, einde April toestand veel verbeterd, objectief status idem.

Geval XIII. I. N°. 163. Virgo van 32 jaren.

Voor twintig jaren zwaar ziek aan eene aandoening van de rechter heup, een carieus (?) proces. dat met abscessen en een fistel boven het rechter heupbeen eindigde; daarna ontwikkelde zich eene kyphoskoliose,. waarvoor patiente thans onder orthopaedische behandeling (Dr. Enklaar van Guericke) is.

E. menses 13 j., eerst ongeregeld, van af 16 jaar geregeld, sedert het vijftiende jaar melkachtige fluor albus en steeds toenemende pijnen in de rechter zijde.

Voor 6 jaren werd patiënte gynaecologisch behandeld, daarna gevoelde zij ook pijnen links en de fluor werd meer bruinachtig, verminderde later en is nu weer sedert een jaar erger geworden.

Met het oog op de gynaecolog. klachten verzocht Dr. Enklaar mij, de patiënte eens samen te onderzoeken, en daarbij tevens het bekken te meten.

April '98. *Longen:* normaal.

Genitaliën: Portio geëlongeerd, adnexa beiderzijds pijnlijk, tubae

knodsvormig verdikt, aan weerskanten gefixeerd, rechts bijzonder sterk naar achteren en boven getrokken, het ligamentum latum daaronder tot aan den bekkenrand, hard geïnfiltreerd tot aan de iliosacraalstreek toe, beide Douglas'sche plooien geïnfiltreerd en pijnlijk.

In het vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Bekken:	d. spinar. anter. . . .	25
	d. crist.	28,75
	d. trochant	31,5
	d. spinar. post.. . . .	10,0
	diam. baudeloquii . . .	21
	dist. tub. ischii	12

Van asymmetrieën worden waargenomen:

a. afstand van proc. spin. vertebr., lumb. 5 naar de spin. a. sup.
rechts 15.5
links 19.5

b. afstand der spin. anterior sup. van spin. post. superior os. ilei.
rechts 15,5
links 17

c. afstand van de spina ant. sup. oss. ilei van het tuber ischii.
rechts 20
links 19

Deze asymmetrieën, vooral sub *a*) zijn gedeeltelijk te verklaren door dat de processus spinos. van den vijfden lendenwervel iets naar rechts is afgeweken, en meer tot de rechter bekkenhelft is genaderd, de sub *b* en *c* gevonden maten echter bewijzen, dat de vorm van het rechter os coxae niet gelijk is aan dien van het linker; uit *b*) blijkt, dat de welving der crista sterker is en dus de voorste en achterste spinae elkaar meer genaderd zijn òf wel, dat het rechter gedeelte in den groei ten achter is gebleven. Uit *c*) blijkt, dat het zitbeen dieper is getreden; over 't algemeen, daargelaten alle hypothesen, zijn aan het rechter heupbeen de maten van voren naar achter betrekkelijk kleiner, van boven naar beneden iets grooter dan links. Bij inwendig onderzoek is de rechter linea terminalis minder gekromd en gemakkelijker te voelen dan de linker. Wij hebben dus te doen met een *ankylotisch dwars vernauwd bekken*, evenwel in zoo geringe mate, dat het obstetrisch casu quo wel niet licht pathologische gevolgen zoude kunnen hebben.

Het aspect van het bekken zelf in verband met de eigenaardige infiltratie van het rechter parametrium deden ons als de eenig mogelijke verklaring aannemen, dat er sprake geweest was van eene (voor 20 jaren ontstane) affectie van het rechter ileosacraal gewricht, die na absces en fistelvorming langzamerhand tot eene

ankylose van dit gewricht en dientengevolge tot een stoornis in den groei van de omliggende skeletdeelen aanleiding had gegeven. De ligging van het litteeken der fistel precies op de gesupponeerde gewrichtslijn bevestigde deze diagnose.

Eene aardige bevestiging vond onze diagnose door de Röntgenstralen; al is de opname niet in alle deelen gelukt, zoo is toch bij het linker ileosacraal-gewricht een lichte streep te zien, die rechts geheel ontbreekt.

Dat de aandoening eene chronisch tuberculeuse was, waarbij secundair de genitaliën waren aangedaan, bewees, behalve de anamnese, de uitkomst van het mikroskopisch onderzoek van het vaginaalsecreet.

Dysmenorrhoische klachten bleven ondanks resorbeerende en hydrotherapeutische behandeling bestaan, zoodat ik in Juli '99 eene excochleatio uteri deed; het *slijmvlies* mikroskopisch onderzocht, bevatte *geen tuberkelbacillen.*

De toestand is sedert dien tijd iets verbeterd.

Geval XIV. I. N°. 178. V-para van 27 jaren.

Eerste menses 13 jaar, geregeld, zonder pijn, veel bloed, 5 bevallingen, na den eersten partus voor 8 jaren sterke bloeding, pijn in den buik, eenigen tijd daarna haemoptoe, daarna hoest en dysmenorrhoe.

Juni '98. *Longen:* linker top rhonchi, percussie normaal.

Genitaliën: uterus verdikt, in retroflexie, gevoelig, beide tuben knobbelig verdikt en in exsudaat-massa's bedolven, weinig bewegelijk.

In het sputum en in het vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Geval XV. I. N°. 184. IV-para van 23 jaren.

Eerste menses 15 jaar, regelmatig, zonder pijn. Vier partus kort achter elkaar, de laatste voor 4 maanden, na den derden partus koorts en sterk bloedverlies, kort daarna haemoptoe en hoest met veel etterig sputum, die nu al 1½ jaar duurt; sedert een jaar pijn in de rechter lendenstreek en lies.

Juni '98. *Longen:* rechts boven voor dpg. tot de vierde rib, met rhonchi en bronchiaal ademen; bruit de pot fêlé.

Genitaliën: uterus week en vergroot, pijnlijk bij aanraking, rechter adnexa onregelmatig, knobbelig en knodsvormig verdikt, zeer gevoelig, linker ovarium vergroot en gefixeerd, strengen tusschen rechter tuba en buikorganen.

In het sputum tuberkelbacillen en elastische vezels.

Patiënte is in hooge mate vermagerd en kachektisch, is overtuigd dat zij gauw moet sterven, haar eenigste wensch is, nog levend bij haar man in Indië te komen.

Sept. '99 kreeg ik bericht dat pat. in Indië is overleden aan phtisis pulmonum.

Geval XVI. I. N°. 185. II-para van 36 jaren.

Eerste menses 14 jaren, geregeld, soms met pijn. Sedert 8 jaren getrouwd, 2 maal partus, spontaan, laatst voor 3 jaren. Sedert 10 jaren digestiestoornissen, diarrhoe wisselend met obstipatie, soms bloedige ontlasting, voor 7 jaren haemoptoe. Sedert 5 jaren pijn in den onderbuik en fluor.

Juni '98. *Longen:* links boven matheid, geen ademgeruischen boven de clavicula; linker supraclaviculair ruimte ingezakt.

Genitaliën: uterus verdikt, vergroot, aan het rectum door talrijke adhaesies verbonden, portio sterk ingescheurd, toch in verhouding weinig geëctropioneerd, beweging van den uterus naar rechts en links gevoelig, uterus zelf niet, adnexa vrij.

In het vaginaalsecreet en rectaalslijm tuberkelbacillen.

Geval XVII. I. N°. 203. Virgo van 29 jaren.

Eerste menses met 15 jaren, pijnlijk, in de laatste jaren veel bloed. Sedert jaren last van obstipatie, afgewisseld door diarrhoe, sedert drie jaren bloeddiarrhoe en etter en slijm bij de ontlasting, rugpijn en hoofdpijn.

Aug. '98. *Longen:* volkomen gezond.

Genitaliën: uterus virginaal, normaal, beide adnexa gevoelig, tubae verdikt tot harde, knobbelige, pijnlijke, gefixeerde massa's; talrijke adhaesies met de omgeving; de linker, sterk verdikte tuba ligt achter den uterus en is met het rectum door breede, sterke strengen vast vergroeid. Met het oog op de anamnese hield ik de genitaalaffectie voor secundair, uitgaande van een geperforeerd darmulcus op waarschijnlijk tuberculeuze basis.

De behandelende geneesheer Dr. von Wedel, onderzocht daarop de *faeces* en vond in 60 praeparaten vier *met tuberkelbacillen.*

Geval XVIII. I. N°. 210. Virgo 18 jaar.

Eerste menses 13 jaar, meestal regelmatig, soms pijnlijk, geen fluor albus. Voor tien jaren zwaar ziek; de diagnose werd toen gesteld op tuberculeuse peritonitis; voor acht jaren pneumonie en bronchitis, eveneens op tuberculeuse basis, voor 6 jaren nephritis van een jaar duur, waarbij tuberkelbacillen in de urine werden gevonden.

Door de groote toewijding der zeer gefortuneerde ouders, lang verblijf in het zuiden, gelukt het den toestand zoodanig te verbeteren, dat er behalve een chronische obstipatie gepaard met pijnen in de linker ovariaalstreek, volkomen euphorie bestond.

Sept. '98. *Longen:* normaal.

Genitaliën: uterus virginaal, normaal; rechter adnexa normaal

linker ovarium en verdikte tuba door stevige, dunne strengen naar achter gefixeerd.

Door eene massage per rectum, tien keer toegepast, gelukte het de strengen los te maken, waarop de pijnen verdwenen en de defaecatie geregeld bleef.

In Dec. '98 onderzocht ik de patiënte samen met Dr. Roessingh, er werden in 't geheel geen afwijkingen gevonden.

Febr. 99, status idem.

Geval XIX. I. N°. 217. Virgo van 22 jaren.

Met 17 jaren gemenstrueerd, weinig bloed, niet pijnlijk, sedert de puberteit fluor albus, sedert 3 jaren toenemende pijnen in de linker liesstreek, sedert een jaar soms hoest.

Sept. '98. *Longen:* linker top boven de clavicula gedempt, kleinblazige rhonchi.

Genitaliën: linker tuba knodsvormig verdikt, met dikken steel aan den uterus, vrij bewegelijk.

In het sputum en vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Geval XX. I. N°. 222. Virgo 31 jaren.

Met 16 jaar gemenstrueerd, steeds profuus, 10 tot 12 dagen, met veel pijn, vooral rechts, sterke fluor albus. Sedert 2 jaren hoest, herhaalde haemoptoe, diarrhoe en slijm in de faeces.

Oct. '98. *Longen:* metallische rhonchi en demping over de geheele rechter long achter en voor tot de tweede rib.

Genitaliën: uterus vergroot, week, pijnlijk in retroversie, beide adnexa zeer gevoelig, groote, knobbelige, adhaerente tumoren, p. rect. is het linker zeer pijnlijke ovarium geïsoleerd in cavo douglasii te voelen.

In het sputum en vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Bij resorbeerende behandeling, vooral met jodium intra-uterine en roboreerend diëet wordt verbetering van de symptomen verkregen.

Geval XXI. I. N°. 248. Virgo van 20 jaren.

Met 15 jaren eene keer gemenstrueerd, heel weinig, daarna geen menses doch herhaalde neusbloedingen. Sedert de puberteit sterke fluor, pijn in de linker ovariaalstreek. Als kind scrofuleus.

Jan. '99. *Longen:* gezond.

Genitaliën: hymen gescheurd, uterus virginaal, in gefixeerde retroflexie, linker tuba en ovarium vormen een pijnlijken, knobbeligen tumor, die zijdelings en naar achter door talrijke bandvormige adhaesies gefixeerd is.

In het vaginaalsecreet tuberkelbacillen.

Met hydrotherapie en resorbeerende behandeling werd binnen 4 weken groote verbetering verkregen; uterus spontaan in anteversio na resorptie der adhaesies en bij slinken van den tumor.

Geval XXII. I. N°. 254. I-para van 22 jaren.

Met 13 jaren gemenstrueerd, onregelmatig, „veel bloed en wit" zonder pijn. Sedert eenige weken sterkere fluor en benauwdheid.

Jan. '99. *Longen:* linker top mat geluid, verscherpt inspirium, kleinblazige rhonchi.

Genitaliën: uterus gravidus mens. VIII.

In het vaginaalsecreet en het sputum tuberkelbacillen.

3 *Febr.* partus. Bloeding ten gevolge van placenta praevia lateralis komt tot staan, zoodra het hoofd ingedaald is na breken van de vliezen, aan den puerperalen uterus zijn beide tuben sterk verdikt te voelen.

In *April* '99 status idem; beide tuben knobbelig verdikt, niet pijnlijk, — nog altijd hoest; aan de longen status idem.

Geval XXIII. I. N°. 270. Virgo van 14 jaren.

Nog niet gemenstrueerd, pijnen in de linker liesstreek sedert ruim een jaar, sedert twee maanden hoest.

April '99. *Longen:* linker top klinkende ronchi, linker cervicaalklieren opgezet.

Genitaliën: per rectum: uterus virginaal, rechter tuba knodsvormig verdikt, gaat breed tot aan den uteruswand, pijnlijk bij druk.

In het sputum tuberkelbacillen.

Over fluor albus werd niet geklaagd, er bestaat echter eene duidelijke melkachtige secretie in de vagina.

Geval XXIV. I. N°. 271. Virgo van 17 jaren.

Met 15 jaren gemenstrueerd, soms veel, soms weinig, in den laatsten tijd zeer profuus gemenstrueerd. Sterke fluor albus.

April '98. *Longen:* gezond.

Genitaliën: uterus week, vergroot en pijnlijk, links platte, gevoelige tumor, rechts adnexa eenigszins verdikt.

Wegens de sterke bloeding werd onmiddellijk eene excochleatio uteri en joodinjectie gemaakt. In narcose worden enkele peritonitische strengen gemakkelijk doorgescheurd, en het blijkt dat beide tuben knodsvormig verdikt zijn.

In het vaginaalsecreet tuberkelbacillen gevonden, in het endometrium niet.

Aug. 99, geen bloeding meer, thans echter catarrh in den rechter longtop. *Tuberkelbacillen in het sputum.*

Uit deze gevallen blijkt ten eerste, dat er onder 300, 24, dus 8°/₀ tuberculeus waren, dat daaronder 22 = 7°/₀ tuberculeuse genitaalaandoeningen waren, waarvan 13, dus 4,2°/₀, (resp. 50°/₀ van alle tuberculeuse gevallen), primair van de genitaliën zijn uitgegaan.

Op 300 gevallen vinden wij dus 4,2°/₀ primaire genitaaltuberculose.

Strümpel [1]) geeft op, dat 15°/₀ van alle levende menschen aan tuberculose overlijden, Frerichs [2]) heeft op 96 gevallen van tuberculose (bij secties) slechts 15 genitaaltuberculosen, waaronder 3 primaire gevonden.

De verhouding van genitaaltuberculose tot tuberculose in het algemeen is dus ruim gerekend 15 : 96 of 1 : 6. Daarnaar komen op de 15°/₀ tuberculose van Strümpel het zesde gedeelte, dus 2,5°/₀ genitaaltuberculosen. Daarmede vergeleken is het door mij gevonden cijfer van 7°/₀, resp. 4,2°/₀ (als men alleen primaire tuberculose rekent) buitengewoon hoog.

Eene zuivere vergelijking is evenwel niet mogelijk, daar mijne cijfers uit een zuiver gynaecologisch materiaal zijn getrokken, waarbij van zelf veel meer genitaalaffecties, dus ook van tuberculeuzen aard, ter observatie komen.

Toch is m. i. het verschil zoo groot, dat het wel voor den „indruk" van Veit in hooge mate schijnt te pleiten.

Bijzonder groot is het verschil tusschen Frerichs en mij, wat betreft de indeeling in primaire en secundaire tuberculose, hij vond onder 15 genitaaltuberculosen 3 primaire, ik onder 22 gevallen 13 primaire.

Hier meen ik evenwel, dat mijne cijfers meer in overeenstemming zijn met de werkelijke verhouding, dan die van Frerichs.

Frerichs trok zijne conclusies uit lijkopeningen, hij had dus gevallen in het laatste stadium voor zich, en daarbij is, zooals Driessen [3]) en eveneens Alterthum [4]) zeer terecht opmerkt, soms onmogelijk na te gaan, waar de primaire haard heeft gezeten, te moeilijker, omdat dikwijls op de eene plaats van het lichaam, en meest op de primaire, het ziekteproces tot staan komt, wanneer het op een andere plaats secundair de grootste veranderingen veroorzaakt.

In mijne gevallen berust de bepaling van de primaire plaats op langer durende klinische observatie, en er zijn onder de medegedeelde gevallen genoeg, die het bewijs leveren, dat in het verdere verloop van de ziekte de primaire aandoening geheel en al op den achtergrond raakt, ja zelfs genezen is (zie geval 5, 13, 18 e. a.).

Ik meen dus gerechtigd te zijn te beweren, *dat* — althans in

---

[1]) Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, 1894 deel I. pag. 360.
[2]) Beiträge zur Lehre von der Tuberculose. Marburg.
[3]) l. c.
[4]) Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaecologie I, p. 94.

Holland — *primaire genitaaltuberkulose veel meer voorkomt, dan tot nu toe werd gedacht, en dat heel veel gevallen van beginnende genitaaltuberkulose*, die later op de longen overging, *in het geheel niet als zoodanig zijn herkend.*

Ik ben overtuigd, dat, indien iedere medicus, die eene phtisica voor haar longen behandelt, ook eens een gynaecologisch onderzoek instelde, in een groot getal gevallen genitaaltuberkulose zoude gevonden worden.

Wanneer men zich op een heel streng pathologisch-anatomisch standpunt plaatst, dan is — ik wil dat gaarne toegeven — de klinisch primaire haard niet ook altijd de pathologisch-anatomisch primaire. Wij weten immers nooit met zekerheid, langs welken weg de infectie haar geliefkoosde plaats, de tuba, heeft bereikt, of zij in het eene geval langs de lymphe of bloedbanen, in het andere langs de vagina, weer in een anderen van peritoneaalklieren of darmen uit is binnengeslopen. Dit is echter een kwestie van zuiver theoretischen aard, daar eene zonder eenig symptoom opgetredene infectie nooit de aanleiding kan wezen tot therapeutisch ingrijpen, wel daarentegen het eerste klinisch symptoom van de primaire klinische affectie, en in de meeste gevallen zal die dan ook samenvallen met de plaats, waar ook pathologisch-anatomische veranderingen zijn te constateeren.

Bij al de *dertien primaire genitaaltuberkulosen* kon ik als den zetel der ziekte de *tuben* diagnosticeeren, en ook van de *secundaire* affecties waren in *zes gevallen* voornamelijk de tuben aangedaan, slechts in een de uterus zonder de tuben, en in twee andere gevallen alleen het bekkenperitoneum en de vagina.

Dit laatste geval evenwel (10) moet ik buiten beschouwing laten; in de vagina van dat meisje waren makroskopisch geen veranderingen waar te nemen, en het is zeer waarschijnlijk, dat de in het vaginaalsecreet gevonden tuberkelbacillen van uit de urethra daar zijn terecht gekomen en zich op het „Nährsubstrat" van het vaginaalsecreet hebben vermenigvuldigd.

Dat primaire tuberculose van den uterus zoowel als van het ovarium voorkomt, is door Driessen e. a. afdoende bewezen. In verreweg de meeste gevallen echter zijn het de tuben, die den primairen zetel van de tuberculose voorstellen, en dientengevolge vergen zij van ons uit een praktisch oogpunt de meeste attentie.

Het *eerste klinische symptoom* in de door mij waargenomen gevallen waren klachten over *fluor albus* (slechts in een geval was het eene menorrhagie (14), in een ander (23) bij een kind van 14 jaren bestond wel fluor, de voornaamste klacht echter was buikpijn.)

Meest gingen deze klachten gepaard met stoornissen in de menstruatie, dysmenorrhoe, amenorrhoe en metrorhagie, in die gevallen althans waar de puberteit was ingetreden.

De klachten over fluor albus met of zonder menstruatie-stoornissen zijn bij het vrouwelijk geslacht op jeugdigen leeftijd zoo iets gewoons, dat men het meest niet de moeite waard vindt, om er veel op in te gaan. De ouders denken, dat hoort zoo of dat komt wel terecht, de huismedicus schrijft staal, levertraan of haematogeen voor, nu ook wel eens een fiets, en verder wordt er niet op gelet. Een gynaecologisch onderzoek instellen, al ware het alleen maar per rectum, dat gebeurt uiterst zeldzaam.

Wordt een dergelijke fluor albus locaal behandeld, dan is het opvallend, hoe spoedig ook met indifferente vloeistoffen, zooals slappe thee, dunne aluin of carbol-oplossingen, de fluor verdwijnt. Meest is na 10 tot 14 dagen niets meer te zien; worden echter de uitspoelingen gestaakt, dan komt de fluor na eenige dagen weer terug.

Als ik bedenk dat ik in al de dertien gevallen, zoo niet dadelijk, dan toch bij herhaald onderzoek steeds tuberkelbacillen heb gevonden (in den laatsten tijd werden deze onderzoekingen op het bureau van Dr. de Josseling de Jong en Dr. Plantenga verricht) en als ik verder bedenk, dat in drie van deze gevallen het endometrium steeds met negatief resultaat op tuberkelbacillen werd onderzocht, dan meen ik te kunnen beweren, dat *de in het vaginaalsecreet aanwezige tuberkelbacillen afkomstig waren uit de tuben*, en dat eene eventueele sterkere secretie van de uterusmucosa en vagina slechts door eene secundaire, niet tuberculeuse prikkeling door het tubasecreet veroorzaakt werd. Daarvoor spreekt ook het feit, dat ik nooit in deze gevallen eene bijzondere roodheid of zwelling, noch van de vagina, noch van de portio, heb waargenomen.

Wat de tuberculeuse verandering in de tuben aangaat, zoo heeft Hegar [1]) er reeds op gewezen, dat het meestal heel moeilijk is, uit het onderzoek alleen de tuberculeuse aandoening van aandoeningen van anderen aard te differentieeren. Een pyosalpinx, eene salpingitis nodosa, eene beginnende tubairgraviditeit, een haematoom van de tuba kan hetzelfde klinische aspect hebben, en slechts bij nauwkeurig en herhaald onderzoek is men in staat soms eenige voor tubairtuberculose karakteristieke momenten te ontdekken.

Als de belangrijkste door Hegar genoemde characteristica zijn te noemen:

1) dat het mediale, naar den uterus toe gelegen gedeelte van de tuba bij tuberculose meest zeer sterk verdikt is, zoo zelfs, dat het

[1]) l. c. p. 30

tusschen de uterusspier liggende deel eene opzwelling van het bijbehoorende cornu uteri ten gevolge heeft. Een tuberculeuse tubairtumor neemt dus aan volume naar den uterus toe veel minder af dan andere tumoren van den eileider.

2) dat men om de tuba heen, vooral ook per rectum aan den achtersten wand van de ligamenta lata grootere en kleinere knobbeltjes voelt, die soms „rosenkranzförmig" gerangschikt kunnen zijn.

Dit laatste hebben de tuberculeuse aandoeningen met de maligne nieuwvormingen, vooral met carcinoom gemeen, en om tusschen deze beide aandoeningen te differenciëeren, dienen de anamnese, het algemeen aspect, de leeftijd, veranderingen in andere organen enz. in aanmerking te worden genomen.

Het voor een dergelijke nauwkeurige diagnose noodige onderzoek zal in praxi vooral bij eene lastig te onderzoeken virgo soms met veel moeilijkheden gepaard gaan en niet altijd zonder narcose mogelijk zijn.

Het is dan ook voor een medicus eene uiterst moeilijke taak, om bij de ouders van een meisje, dat alleen over wat afscheiding en pijn klaagde, als zij „de zaken" krijgt, op een dergelijk grondig onderzoek aan te dringen. In families, die weten dat er bij hen hereditaire belasting bestaat, is eerder eene toestemming te verkrijgen, en, naar het schijnt, letten de moderne moeders er meer en meer op, hun dochters te laten onderzoeken op een tijdstip dat de ziekte nog geen hopelooze verwoesting heeft aangericht.

Verdacht van tuberculose zijn dus alle gevallen, waar *fluor albus*, klachten over *menstruatiestoornissen* gepaard gaan met een *voelbaren, meer of min karakteristieken tumor van eene of van beide tubae;* de volle wetenschappelijke zekerheid echter wordt alleen verkregen door het *aantoonen van de tuberkelbacillen in het vaginaalsecreet.*

Als bijkomende momenten, die de diagnose kunnen helpen vaststellen dienen: de *leeftijd*, de *hereditaire belasting*, de *algemeene habitus* en *eventueele processen aan andere organen*, *vooral aan de longen.*

Hegar [1]) heeft op nieuw en reeds vroeger er op attent gemaakt, dat slechte ontwikkeling, vooral sterke vetvorming in de jaren der puberteit, maar ook een groote reeks van voor chlorose versleten gevallen niets anders zijn dan latente tuberculosen.

Vooral het laatste is van praktisch belang. Hoe menig pseudochlorotisch meisje zoude gered kunnen worden, indien bij tijds de diagnose werd gesteld, waar ze anders onherroepelijk aan phtisis ten onder gaat.

---

[1]) Tuberculose und Bildungsfehler. München Med. Wochenschr. No. 38. 1899 en l. c.

Wat de tuberculose van den uterus betreft, zoo heb ik slechts een geval (4) waargenomen. Aangezien zich echter deze patiënte voorloopig — of voor goed — aan mijne behandeling heeft onttrokken, zoo kan ik er hier niets van mededeelen en kan slechts verwijzen naar het boven aangehaalde fraaie opstel van Driessen, wiens opvatting ik ten volle beaam.

De secundaire genitaaltuberculosen kunnen wij beschouwen als *metastasen* of *contactinfecties*. Tot de eerste behooren al die gevallen, die secundair na een reeds bestaand longlijden zijn opgetreden.

Ik heb er reeds boven op attent gemaakt hoe dikwijls eene tuberculose van de long in aansluiting aan een partus manifest wordt. In gevallen, waar daarna zoowel aan de genitaliën als aan de longen tuberculeuse veranderingen gevonden worden, is het niet altijd na te gaan, of de tuberculose van de genitaliën op de longen dan wel van de longen op de genitaliën is overgegaan, tenzij men de anamnese of een vroeger ingesteld onderzoek kan raadplegen.

In een van de vijf door mij geobserveerde gevallen evenwel is de tuberculosis pulmonum door eene haemoptoe post partum manifest geworden, zonder dat aan de genitaliën, ook later, eenige aandoening was te vinden.

Zeer zeker mag men aannemen, dat niet alleen de verhoogde stofwisseling gedurende de graviditeit, maar ook de zwaktetoestand post partum, vooral na groote bloedverliezen, een praedisponeerend moment is hetzij voor tuberculeuse infectie, hetzij voor het manifest worden der reeds bestaande latente tuberculose van longen of genitaliën.

In de door mij waargenomen vijf gevallen van primaire longtuberculose bestonden in drie gevallen secundaire genitaalaandoeningen. In een ander geval (7) waren de genitaliën, die wegens carcinoom werden verwijderd, niet aangetast en konden dus later ook bij ontstentenis niet in het tuberculeuse proces worden betrokken. In het laatste geval eindelijk (9) zijn aan de genitaliën geen — of nog geen — klinisch waarneembare veranderingen te constateeren, niettegenstaande de haemoptoe in aansluiting aan den eersten partus is opgetreden.

In de drie gevallen 2, 4, 15, waarbij wel metastasen zijn opgetreden, is telkens het peritoneum, resp. het parametrium mede in het lijden betrokken; het is dus zeer waarschijnlijk, dat de metastasen langs het peritoneum resp. langs de retro-peritoneale lymphebanen hebben plaats gehad.

Eveneens van metastasen langs de lymphebanen zal wel sprake zijn in geval 11, waar uit het beeld van scrophulose zich langzamerhand de algemeene tuberculose heeft ontwikkeld.

Van *contactinfectie* konden wij ons door het onderzoek overtuigen in twee gevallen van primaire darmtuberculose (16 en 17) en in een geval van primaire tuberculose van het ileosacraal gewricht (13).

De buitengewoon stevige litteekens, die als het ware, van het primair aangetaste gedeelte uitstraalden door het bekken heen, de pathologische afwijkingen, die verminderden naarmate men zich van den haard der ziekte verwijderde, gaven een zoo typisch beeld dat — in verband met het bacteriologisch onderzoek en de anamnese — geen twijfel mogelijk was.

In de beide eerste gevallen was het een tuberculeus darmulcus, dat na adhaesievorming de genitaliën besmet heeft, in het laatst was subperitoneaal de ontsteking onder het peritoneum in het rechter ligamentum latum en van daar op de tubae overgegaan.

In het laatste geval van primaire darmtuberculose (18) was de genezing, toen ik de patiënte zag, zoo ver gevorderd, dat men slechts nog eenige strengen tusschen darm en linker adnexa kon aantoonen. Hoogst waarschijnlijk is ook hier het verloop geweest: tuberculeuse enteritis, perforatie van een darmulcus, peritonitis met adhaesievorming tusschen darm en genitaliën, salpingitis tuberculosa — peritoneale brides — genezing.

Waar men bij het diagnostiseeren van metastasen alleen is aangewezen op de anamnese resp. de klinische observatie gedurende het verloop der ziekte, zijn de meeste contactinfecties ook klinisch duidelijk van de primaire genitaaltuberculose gedifferenciëerd, ten minste in het begin.

Men vindt dan altijd eene peritoneale affectie in den vorm van een exsudaat, later van adhaesies, die van het primair zieke orgaan naar het genitaalstelsel overgrijpt. Eene infiltratie van het parametrium geeft dan niet het typische beeld van de parametritis, maar toont de sterkste opzetting, de stevigste litteeken- en adhaesievorming op de plaats der invasie, dus soms naar het rectum, soms naar de flexura sigmoidea, soms naar het coecum heen, in het boven beschreven geval van primaire ileosacraalankylose was het laterale bekkenperitoneum, de laterale basis van het ligamentum latum in zijn achterste gedeelte het sterkst aangedaan. Zeer stevige adhaesies naar rectum en flexuur, gepaard met klachten over obstipatie, zijn karakteristiek voor het geperforeerde darmulcus en zijne gevolgen.

De differentiaaldiagnose tusschen primaire en contactinfecties is dus in de meeste gevallen, vooral in verband met de anamnese, niet moeilijk te stellen.

Indien ik uit deze weinige gevallen eene gevolgtrekking mag maken, dan is het deze: dat bij secundaire aandoeningen, vooral bij contactinfecties de parametriën en de uterus meer dikwijls en in grootere mate zijn aangedaan, dat daarentegen toch meestal ook de tuben in hooge mate in het ziekteproces zijn betrokken.

In verband daarmede is het mij zeer waarschijnlijk, dat de primaire genitaaltuberculose in den regel het eerst en het hevigst in de tuben gelocaliseerd is, en dat alle gevallen, waarbij primaire tuberculose aan andere deelen van het genitaalstelsel wordt aangenomen, slechts dan als *primair* mogen beschouwd worden, wanneer men met zekerheid elke contactinfectie, elke metastasevorming en elken haard in de tuba, al is die nog zoo klein, kan uitsluiten.

Ik heb het reeds gereleveerd, dat het vinden van tuberkelbacillen in het vaginaalsecreet volstrekt geen bewijs is, dat de vagina of de uterus ziek zijn; want in drie gevallen kon ik aantoonen, dat de bacillen *zeker* uit de tubae, in een, dat ze *waarschijnlijk* uit de urethra daarheen waren gekomen.

Driessen geeft toe, dat ook in zijn geval de mogelijkheid van eene contaktinfectie van uit het rectum heeft kunnen plaats hebben. In de door hem samengestelde tabel [1]) zijn de gevallen 3 en 10 eveneens voor eene dergelijke opvatting vatbaar. Bij de andere gevallen ontbreken de noodige gegevens, om daarover te kunnen oordeelen.

Of en hoe dikwijls eene primaire *ascendeerende* vorm van genitaaltuberculose, die aan de vagina, de portio, of den uterus begint, voorkomt, laat zich nu met het geringe materiaal nog niet beslissen. Het is te wenschen, dat het voorbeeld van Driessen door velen wordt opgevolgd, om een grooter en goed onderzocht materiaal te verzamelen.

In praxi is de vraag, of primair of secundair, van meer ondergeschikt belang. Gesteund op de opgedane ondervinding zal de therapie zich moeten richten op het meest geafficeerde der genitaalorganen, onverschillig of het primair of secundair tuberculeus is geworden.

Het is bekend, dat tuberculose in het algemeen soms jaren lang gelocaliseerd blijft, ook zelfs onder bindweefselvorming in werkelijke of schijnbare genezing overgaat, dat zij dan weer in weinige dagen of weken als phtisis gallopans rapide toeneemt of als miliaire tuberculose door het geheele lichaam verspreid wordt en dan spoedig den exitus letalis veroorzaakt.

Hetzelfde is het geval met de genitaaltuberculose in het bijzon-

---

[1]) l. c. pag. 76.

der. Onder de door mij geobserveerde gevallen zijn er sommige, (zooals vooral geval 5) waar de genitaaltuberculose bij een schijnbaar door en door gezond lichaam uit een kleine opzetting der tuba binnen enkele maanden tot een het geheele lichaam ondermijnend algemeen ziekteproces werd, andere weer (geval 21) waar na een heftigen, jarenlangen strijd met de tuberculose, die longen, darm en nieren had aangetast, niets anders overbleef dan enkele adhaesies van het ovarium, die met enkele massages geheel verdwenen.

Uit den aard der zaak zijn tuberculeuse aandoeningen in hun verloop slechts na jarenlange observatie afdoende te beoordeelen, en ik zal mij daarom hier er toe bepalen op het tot nu toe geobserveerde te wijzen, en geen verdere conclusies te trekken uit gevallen, die ten grooten deele nog niet hun einde, hetzij in genezing, hetzij in een noodlottigen afloop hebben gevonden.

Twee van de vierentwintig patiënten zijn overleden, drie (geval 2, 8, 18) mag ik voorloopig als genezen beschouwen; er hebben zich althans binnen twee, anderhalf en een jaar geen nieuwe verschijnselen vertoond, integendeel zijn al de oude veranderingen in genitaliën zoowel als longen geheel verdwenen, en er bestaat alle hoop, dat dit zoo zal blijven: evenwel is de tijd van observatie nog te kort.

Evenmin als de prognose, kan de therapie van genitaaltuberculose algemeen worden voorgeschreven.

In dat opzicht ben ik het volkomen eens met Hegar, dat men zeer nauwkeurig moet individualiseeren. Wanneer men in sommige gevallen door eene rationeele operatieve therapie zeer veel nut kan stichten, staat daar tegenover dat eene groote reeks van gevallen ook zonder operatief ingrijpen kan genezen, en vele andere door eene operatie *niet meer* geholpen kunnen worden.

Alle symptomatische, resorbeerende en algemeene therapie daargelaten, zal ik alleen bespreken de operaties, die bij genitaaltuberculose te pas kunnen komen.

Spencer Wells heeft het eerst bij tuberculeuse peritonitis (bij een error diagnoseos) de laparotomie gedaan en daarna aanmerkelijke beterschap zien optreden. Daarna heeft hij en met hem talrijke andere chirurgen systematisch de buikholte bij peritonitis tuberculosa geopend, zoodat Treub in 1890 reeds 143 gevallen uit de literatuur kon verzamelen die grootendeels met goed succes waren bekroond. De resultaten von Treub zelf waren dat eveneens.

Hegar was de eerste die op de opening van het abdomen liet

volgen het verwijderen van een zieke tuba, die hij als den oorspronkelijken zetel van de tuberculeuse infectie beschouwde, en deze operatie herhaalde keeren met succes toepaste. In '86 had hij reeds 6 gevallen geopereerd, waarvan een overleed, de anderen reeds 1 jaar en langer gezond waren gebleven.

Ik heb de eerste laparotomie wegens tuberculeuse salpingitis 13 Dec. 1889 gedaan. De patiënte was de eenige overlevende van eene phtisische familie, en toen 25 jaar oud. Beide tubae waren ziek, de knobbelige uterus deed eveneens aan tuberculeuse infectie denken; op het buikvlies en de darmen waren talrijke gedissemineerde tuberkelknobbeltjes. Na verwijdering van beide tuben die, zooals later bleek, veel bloed, etter en tuberkelbacillen bevatten, werd de buikholte gesloten. Ik zag patiënte na twee jaren gezond en krachtig terug. De uterus was van normale grootte, niet pijnlijk bij aanraking, evenmin het abdomen; de longen volkomen gezond. Onlangs kreeg ik bericht dat de toestand nu, na tien jaren, nog even gunstig is.

Er is veel geschreven over de schitterende resultaten die de laparotomie bij peritonitis tuberculosa heeft opgeleverd. Men is het nog niet eens of het operatief ingrijpen als zoodanig, het instrooien van jodoform, het binnendringen van lucht en licht in de buikholte, of eindelijk de sterkere bloedtoevoer na de operatie het essentiëele moment voor de genezing is.

Sommige schrijvers berichten ook van minder gunstige resultaten, zoodat nog moet worden vastgesteld, in welke gevallen de laparotomie wel, in welke ze niet genezing kan brengen.

Een ding echter staat vast, dat tuberculose processen radicaal kunnen genezen, zonder dat de aangetaste deelen in hun geheel zijn verwijderd.

Waar de tubae in verreweg de meeste gevallen de hoofdzetel der tuberculeuze infectie zijn, is en zal altijd de laparotomie de aangewezen weg voor operatief ingrijpen zijn, te meer, omdat langs dezen weg ook de uterus, zoo noodig, kan worden verwijderd.

Gelijk Hegar zoude ik het als een achteruitgang beschouwen, wanneer tuberculeuze tubae per vaginam worden geopereerd. De talrijke brides, de verhouding tot de omliggende organen is bij laparotomie oneindig beter te overzien, en het gevaar van de operatie eerder kleiner dan grooter.

De vaginale weg zal, gelijk Driessen gezegd heeft, in alle gevallen te pas komen, waar voornamelijk de uterus is aangedaan.

Maar wanneer is het aangewezen tijdstip, om of den eenen of den anderen weg te bewandelen, wanneer mogen wij wel opereeren, wanneer nog niet of niet meer?

Alle deze vragen laten zich slechts individueel beantwoorden, en ook dan — naar mijne meening — niet door een gynaecoloog alleen, maar in overleg, of laat ik liever zeggen, op advies van den behandelenden medicus en den patholoog-anatoom. — Is de diagnose „tuberculosis genitalium" vastgesteld, dan dient eene nauwkeurige, soms jarenlange observatie uit te maken, of en wanneer eene operatie geïndiceerd is.

Bij geheel acuut en met koorts verloopende infecties bestaat er gevaar, dat in aansluiting aan eene operatie de locale infectie tot eene miliairtuberculose wordt en den exitus letalis bespoedigt; bij langzaam, met neiging tot bindweefselvorming zich ontwikkelende aandoeningen is de kans op spontane genezing zeer groot, en is men niet gerechtigd in te grijpen, waar de natuur zelf de genezing op minder gevaarlijke wijze kan geven; bij verouderde gevallen kunnen soms de adhaesies zoo taai en talrijk zijn, dat een operatief ingrijpen een veel grooter gevaar voorstelt, dan de ziekte zelf, ja, daarbij kan zelfs de operatie technisch onmogelijk zijn.

Ernstige of uitgebreide affecties van de longen en van de nieren vormen eveneens eene contraïndicatie tot operatief ingrijpen.

Voor zoover mijne ondervinding strekt, komen voor *laparotomie* in aanmerking voornamelijk twee categorieën van gevallen.

1) *Niet gefixeerde*, *tuberculeuse tuben*, die als zoodanig op grond van het *klinische beeld* + *mikroskopisch onderzoek zijn gediagnostiseerd*, in alle gevallen, waar de longen en nieren weinig of niet zijn aangedaan.

Ik ben overtuigd, dat ik de pat. van geval IV, ware zij bij tijds teruggekomen, door eene salpingotomie voor een wissen dood had kunnen bewaren, evenals mij dit gelukt is in het bovenvermelde, analoge geval, waarin de pat. nu al tien jaren gezond is.

Lichtere aandoeningen van de longen vormen geen contraindicatie, daar zij, zooals de ondervinding heeft geleerd, na het verwijderen van den primairen haard, spontaan kunnen genezen.

2) *Chronisch tuberculeuse salpingitiden met adhaesievorming* en *telkens recidiveerende circumscripte peritonitis.*

In zulke gevallen kunnen reeds de adhaesies alleen door obstructie of vernauwing van het darmlumen, door hevige pijnlijkheid aanleiding geven tot operatief ingrijpen, wanneer door resorbentia, massage enz. geen beterschap kan verkregen worden. Maar ook buitendien is het wenschelijk, ja soms noodig, de zieke, telkens tot exacerbaties aanleiding gevende tuba te verwijderen, om de steeds sukkelende patiënte, die zelve te zwak is om de infectie geheel meester te worden, tot een gezond mensch te maken, ja zelfs, om haar voor den dood te redden, die haar bij eene intercurree-

rende enteritis van anderen aard, bij een partus e. a. dreigt. Gevallen van dien aard zijn de N°. 2 en 8.

Ook in deze gevallen gelden de bovengenoemde restricties, nl. dat de diagnose ook bacteriologisch vaststaat en dat geen andere organen ernstig zijn aangedaan.

Voor een *totaalexstirpatie* komen in aanmerking de m. i. hoogst zeldzame gevallen van *primaire uterustuberculose*, voor zoover die niet, zooals Halbertsma heeft aangetoond, door eene gewone excochleatio uteri met daaropvolgende behandeling met jodium etc. kunnen genezen. Men mag dus in elk geval den eisch stellen dat deze minder gevaarlijke methode worde beproefd, alvorens tot de radicale operatie over te gaan.

Bij *secundaire uterustuberculose* zal alleen dan een operatief ingrijpen mogelijk of noodig zijn, als de primaire affectie tot staan is gekomen.

Waar ik onlangs gelegenheid had, in overeenstemming met vele en voorname gynaecologen hier en elders als mijne overtuiging uit te spreken, dat over 't algemeen veel te veel salpingotomieën worden gedaan, moet ik nu er op wijzen, dat *tuberculeuse salpingitiden* veel te weinig worden geopereerd.

De *gonorrhoische* en *puerperale* pyosalpingen en salpingitiden, helaas de meest voorkomende, kunnen langs minder gevaarlijken weg beter en met meer kans op radikaal herstel behandeld worden, de *tuberculeuse* daarentegen *niet*. En hier kan eene radicale operatie, op het goede tijdstip, na vaststaande diagnose, oordeelkundig toegepast, nog menig leven behouden, dat anders onherroepelijk verloren is.

Er wordt tegenwoordig in Nederland evenals in andere landen veel werk gemaakt van betere behandeling der longtuberculose, gelden worden bijeengebracht, kostbare gestichten worden gebouwd en redevoeringen worden gehouden en in den lande verspreid.

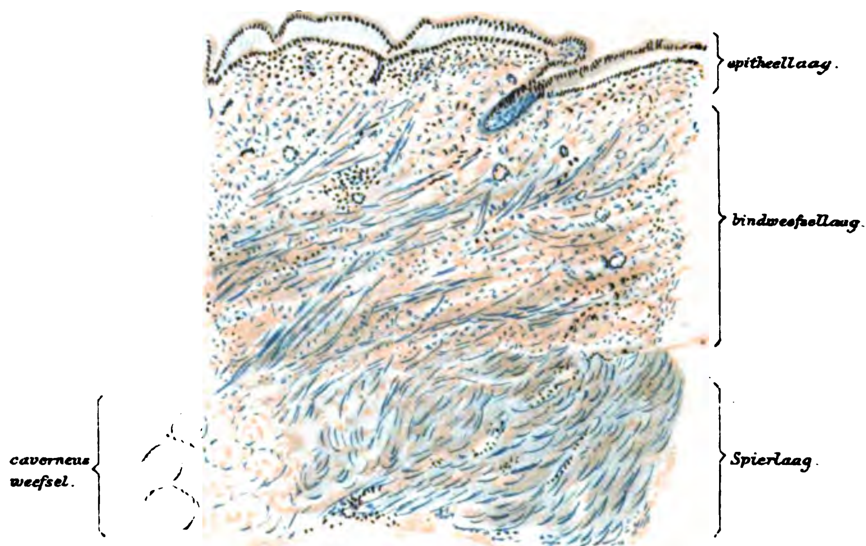
Voor genitaaltuberculose is zooveel omslag niet noodig. Onze klinieken zijn al lang gereed voor den strijd. Het is enkel en alleen maar noodig, de patiënten op het dreigend gevaar opmerkzaam te maken op een oogenblik, dat het nog niet te laat is.

Dat kunnen wij alleen niet doen; wij zijn aangewezen op de hulp en den steun van hem, die jarenlang gelegenheid had, de eerste verschijnselen bij de hem toevertrouwde medemenschen gade te slaan, — wij zijn aangewezen op den huisarts en op zijne hulp en steun niet alleen, maar ook op den bacterioloog-anatoom, die de diagnose van den huismedicus volgens de moderne wetenschappelijke eischen bevestigt. En daarna zullen wij slechts zijn *de hand* die de

kroon op *hun* werk zet, en zoo zullen wij ook op ons gebied met vereende krachten deze vreeselijke ziekte kunnen bestrijden: Eendracht maakt macht.

Ik ben mij wel bewust dat deze publicatie slechts een onvolledige bijdrage is tot het onderwerp in kwestie. Ik ben van plan, in denzelfden geest te blijven doorwerken, maar er zoude toch niet veel meer door gewonnen zijn, indien niet ook anderen, en hoe meer hoe liever, ook van hun kant al het mogelijke deden om al de noodige cijfers te verzamelen, die tot een afdoende beantwoording van dit zoo belangrijke vraagstuk noodig zijn.

1.


epitheellaag.
bindweefsellaag.
Spierlaag.
caverneus weefsel.

2.


bindweefsel met epitheel aan de oppervlakte.

EEN GEVAL VAN URETHROCELE,

DOOR

N. J. F. POMPE VAN MEERDERVOORT,
te 's Gravenhage.

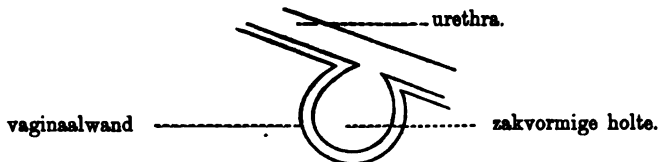
Mevrouw S. heeft 1 kind gehad, ongeveer 1 jaar geleden. Het overleed kort na de geboorte. De partus leverde geen moeilijkheden op.

Wegens klachten over urine-stoornissen en pijn in rug en lende werd door den huismedicus een Hodge-pessarium geappliceerd na repositie van den geretroflecteerden uterus. De bezwaren werden echter langzamerhand erger. Zoodra zij urineeren moet, moet zij zich haasten, wil de urine haar niet ontloopen. Na de mictie druppelt steeds urine af. 's Nachts moet zij eenige malen het bed verlaten; over dag voelt zij bijna voortdurend aandrang tot urineeren. Nu en dan bemerkt zij dat er een klein gezwelletje buiten de vulva komt. Is dit niet zichtbaar dan heeft zij meer moeite de urine kwijt te raken, dan wanneer het geheel buiten de vulva voel- en zichtbaar is.

Bij inspectie der vulva ziet men den voorsten vaginaalwand over een geringe uitgestrektheid geprolabeerd. Bij persen komt een grooter gedeelte naar buiten. Dringt men met den vinger in de vagina, dan blijkt, vooral als de pat[e] perst, dat een ruim duiveneigroote tumor door den voorsten vaginaalwand bekleed in het septum urethro-vaginale gelegen is. De uterus ligt in retroflexie, is buiten narkose niet te reponeeren. In de adnexa heb ik niets bijzonders kunnen constateeren.

Wanneer men het tumortje nader betast, dan voelt het elastisch, gespannen aan, alsof het met een vloeibaren inhoud gevuld is.

Brengt men den katheter langs den bovenwand van de urethra



in, dan komt men zonder eenige moeite in de blaas en ontlast zich heldere urine, die vrij van pathologische bestanddeelen is.

Volgt men echter den benedenwand, dan verdwijnt de katheter op een afstand van circa 3 à 4 c.M. in een zakvormige holte en is het vrije uiteinde van den katheter door den vaginaalwand gemakkelijk voelbaar. Daarbij kan men den katheter vrij naar alle zijden bewegen en ontlast zich na het uithalen een bloederig gekleurd naar urine riekend troebel vocht.

In ons geval hadden wij dus met dat ziektebeeld te maken, dat wij als urethrocele vaginalis in de litteratuur beschreven vinden.

Wanneer wij echter deze gevallen nauwkeurig nagaan, dan bemerken we dat onder den naam van urethrocele de meest uiteenloopende afwijkingen behandeld zijn geworden.

Die gevallen, waarbij een plaatselijke dilatatie van den achtersten urethraalwand bestaat, mogen wij den naam van ware urethrocele geven, terwijl een holte, van welken aard deze ook zijn moge, welke in het septum urethro-vaginale gelegen is en met de urethra communiceert, als valsche urethrocele aangeduid moet worden.

Tot dezen laatsten vorm moeten o. a. die gevallen van zoogenaamde urethrocele gerekend worden, waarbij een in het septum urethro-vaginale gelegen cyste in de urethra doorbreekt. Dat dergelijke gevallen voorkomen mag vrij wel als zeker aangenomen worden. Zoo zag Priestley in een geval den inhoud van een cyste zich door het orificium urethrae externum ontlasten, en nam Veit een geval waar, waarbij de holte met twee nauwe openingen met de urethra communiceerde.

Kunnen dus toevallige omstandigheden hier van belang zijn, om den aard der afwijking te bepalen, het laat zich niet ontkennen, dat alleen een nauwkeurig plaatselijk onderzoek betreffende de anatomische verhouding van den urethraalwand tot den wand van de bedoelde holte en het microscopisch onderzoek van dien wand in staat zijn ons zekerheid te verschaffen.

Wanneer wij met een echte urethrocele te maken hebben, zal de wand der urethrocele alleen door het urethraalslijmvlies gevormd worden of hij zal uit de verschillende lagen van den normalen urethraalwand opgebouwd zijn.

In alle andere gevallen van urethrocele welke wij pseudo-urethrocele genoemd hebben mist men die elementen die den wand van de urethra samenstellen en hangt het geheel af van den aard der aandoening uit wat voor bestanddeelen de wand der holte gevormd wordt.

Eerst korten tijd geleden is het le Dentu en Pichevin gelukt in twee gevallen het microscopisch onderzoek van den wand te verrichten en zich zekerheid te verschaffen of een echte urethrocele bestaat. In alle andere gevallen zonder uitzondering waar

men met een ware urethrocele te doen meende te hebben, heeft het microscopisch onderzoek, indien het verricht werd geen resultaat opgeleverd en bleef men alzoo in twijfel of men met een echte urethrocele te maken had.

Daar, waar men den tumor eenvoudig refouleerde of den wand langs welken weg ook trachtte te doen retraheeren kon natuurlijk van eenig nader onderzoek geen sprake zijn. Doch ook in die gevallen, waar men in de gelegenheid was het microscopisch onderzoek te verrichten, viel in geen enkel geval iets met positieve zekerheid te zeggen. Meestal vond men aan de binnenvlakte der holte eenig granulatieweefsel zonder eenige epitheelbekleeding. Ook Prof. Nijhoff moest in zijn geval de diagnose van ware urethrocele in suspenso laten. Zelfs bleek hier de wand geen musculaire elementen te bevatten. Hoe vreemd het dan ook schijnt, terwijl in de litteratuur steeds van urethrocele gesproken werd, was tot vóór het onderzoek van le Dentu en Pichevin in 1897 het bewijs van het bestaan van een dergelijke aandoening nooit geleverd geworden.

Nu men tegenwoordig de meer radicale therapie volgt en den wand verwijdert, zullen wij langzamerhand meer bijzonderheden door het microscopisch onderzoek te weten komen. In mijn geval heeft het onderzoek het volgende resultaat opgeleverd.

Na fixatie in alkohol en insluiting in celloidine werden overlangsche coupes van den wand gemaakt die met haematoxyline en eosine gekleurd werden. Macroscopisch bezien, heeft de wand een dikte van circa 4 à 5 m.M. De naar de holte gekeerde zijde vertoont een golvend oppervlak, terwijl het oppervlak van den wand, waar de vaginaalwand is afgepraepareerd geworden een niet zoo regelmatige lijn vormt. In het midden van het praeparaat ziet men met het bloote oog hier en daar donker blauwgekleurde gedeelten, welke door het microscoop bezien spierbundels blijken te zijn. Wanneer wij het praeparaat met zwakke vergrooting onderzoeken blijkt de wand uit drie lagen te bestaan: een epitheellaag, een bindweefsellaag en een spierlaag.

Over zijn geheele lengte is de wand met cylinderepitheel bekleed. Op de meeste plaatsen is het epitheel meerlagig, behoudt daarbij echter duidelijk het karakter van cylinder epitheel; slechts op enkele plaatsen vormt het één enkele laag. Dit is meestal daar het geval waar de bindweefsellaag sterk bloederig geinfiltreerd is. Door de enorm uitgezette capillairen in het sterk met bloed geinfiltreerde stroma wordt de bedekkende epitheellaag naar voren gedreven en worden de epitheliën van vorm veranderd. Zij nemen daarbij den vorm van endotheelcellen aan: het protoplasma is sterk gekleurd,

de kern is als een donker gekleurd fijn streepje evenwijdig aan de basis der cel gelegen zichtbaar.

Daar waar de bindweefsellaag geen hyperaemie vertoont is het epitheel fraai geconserveerd gebleven.

Meestal liggen de epitheelcellen vast op de bindweefsellaag, doch op enkele gedeelten hebben de cellen losgelaten en vindt men hen bij lapjes of bij hoopjes gelegen in het lumen terug. Soms reikt het stroma dan vrij tot aan de oppervlakte, soms echter vindt men een enkele laag van cubische epitheelcellen, welke de jonge geregenereerde epitheelcellen representeeren. Trilhaarepitheel heb ik nergens kunnen vinden, wat ons ook niet verwonderen kan, wanneer men de vrij intensieve ontsteking in de bindweefsellaag in aanmerking neemt.

Opvallend duidelijk ziet men karyokinetische figuren in de kernen der epitheliën, zoodat een voortdurende aanmaak en verlies der epitheliën aanwezig blijkt te zijn. Behalve vele leukocyten welke uit deze bindweefsellaag komen, en tusschen de epitheelcellen dringen, bieden deze laatste geen verdere bijzonderheden.

Wat echter het meest belangrijke van deze laag is, zijn de menigvuldige kliervormige instulpingen der epitheellaag in de bindweefsellaag. Soms slechts eenige cellen diep, reiken deze instulpingen op andere plaatsen tot aan de spierlaag. Zoowel door deze eigenaardigheden van de bedekkende epitheellaag als door de prominentie van enkele gedeelten door plaatselijke hyperaemie, verkrijgt het oppervlak de reeds met het bloote oog zichtbare golving.

De epitheliën der kliervormige instulpingen verhouden zich evenals die aan de oppervlakte: zij zijn duidelijk cylindrisch van vorm, meestal in één soms in meerdere lagen gelegen.

Van eenige slijmproductie blijkt niets.

De tweede laag is saamgesteld uit bindweefselcellen waartusschen smalle spierbundels verloopen, die het weefsel in allerlei richting doorkruisen. Deze spierbundels treden uit de duidelijk ontwikkelde spierlaag en verloopen tot aan of althans tot dicht aan de oppervlakkige epitheellaag.

Evenals in de op de bindweefsellaag volgende spierlaag, vindt men overal duidelijke verschijnselen van ontsteking, meestal van een enorme vaatdilatatie vergezeld.

De derde spierlaag wordt gevormd door een bijna onafgebroken reeks van overlangs of dwars getroffen spierbundels, welke hier en daar krachtig ontwikkeld zijn. Van uit deze bundels ontspringen kleinere bundeltjes die zooals hierboven reeds vermeld werd, zich in de bindweefsellaag begeven en meestal tot aan de oppervlakte reiken. Bindweefsel- en spierlaag vormen alzoo één geheel en zijn

niet als twee scherp gescheiden lagen op te vatten. Het weefsel dat de spierbundels onderling vereenigt en dat, hetwelk aan de zijde naar de vagina gekeerd gelegen is, bestaat uit fijne fibrillen, welke zeer weinig kernen vertoonen. Het weefsel is hier zeer bloedrijk en bij sterke vergrooting blijkt het bloed opgehoopt te liggen in een grootmazig weefsel dat in zijn bouw aan de structuur van caverneus weefsel doet denken. Het is daarom niet onmogelijk, dat dit gedeelte het overblijfsel is van het normaal aanwezige caverneuze weefsel der urethra.

Alles bij elkaar genomen meen ik te mogen besluiten, dat de wand van de zakvormige holte den wand van de normale urethra representeert, dat wij dus in dit geval met een echte urethrocele te maken hebben. Niet alleen de mucosa urethra doch de geheele wand is hier in het proces betrokken geweest.

Het laat zich echter niet ontkennen, dat nog een andere mogelijkheid bestaat die aanleiding tot hetzelfde resultaat kan geven. Wij kunnen ons namelijk voorstellen, dat een der lacunen, een dier kleine divertikels van het urethraalslijmvlies aan haar uitmonding verstopt geraakt en door het, in den nu tot cyste geworden divertikel gevormde, secreet gedilateerd wordt.

Vergroot de cyste zich, dan is het mogelijk dat de wand van de urethra meer en meer gerekt wordt en de cyste den urethraalwand etc. naar de vagina doet uitpuilen.

Breekt ten slotte de cyste in de urethra door dan zullen wij hetzelfde beeld verkrijgen dat wij bij de echte urethrocele vinden. Dat een dergelijk proces ooit voorgekomen is, is niet onmogelijk, is echter evenmin met zekerheid uit te maken.

Ook le Dentu en Pichevin vonden twee lagen. De spierlaag was echter min of meer veranderd en door bindweefsel vervangen. Ook troffen zij een weefsel aan, dat aan caverneus weefsel deed denken. De bindweefsellaag was sterk geinfiltreerd en bekleed met een epitheellaag.

Overigens waren overal min of meer diep ingrijpende veranderingen aan de binnenzijde van den wand te constateeren, wat niet te verwonderen is, doordat steeds een uitgebreide ontsteking aanwezig is die tot verlies der epitheliale elementen, ulceratie etc. aanleiding geven kan. Ook in mijn geval was op enkele plaatsen de epitheellaag verloren gegaan.

Omtrent de aetiologie van dit lijden, valt juist met het oog op de bestaande verwarring der verschillende aandoeningen onder denzelfden naam beschreven, nog niet veel met zekerheid te be-

slissen. Waar men het bestaan van een echte urethrocele vermoedde, was steeds een bevalling voorafgegaan. Soms kwam de patiënte geruimen tijd na den partus (zooals in het geval van Piasecki 25 jaar) onder behandeling. Meestal zullen de klachten eerder voor den dag treden. Zelfs Newman ging zoo ver, dat hij de urethrocele als iets heel gewoons na den partus beschouwde, doch voegde hier aan tegelijk toe dat zij even snel verdween als zij gekomen was. Ook ten opzichte van het ontstaan eener urethrocele was hij een geheel andere meening dan de overige schrijvers toegedaan. Hij zocht de oorzaak in een veranderde stofwisseling, in de abnorme bestanddeelen der urine die hiervan het gevolg waren en die in staat waren een urethritis te veroorzaken. Doordat de blaas alsdan met korte stooten ontledigd werd zou een lokale verwijding der urethra kunnen ontstaan.

Andere schrijvers die het een of andere trauma als indirekte oorzaak aannemen, hebben meer hun aandacht gewijd aan de speciale structuur van de mucosa urethrae. Zoo doet o. a. ook Prof. Nijhoff. Wij vinden namelijk in het bekleedende slijmvlies der urethra hier en daar instulpingen van de epitheellaag, welke zich in het submuqueus gelegen elastisch vezelnet voortzetten. De mogelijkheid, dat dergelijke reeds bestaande divertikels zich later door de een of andere oorzaak vergrooten, is zeker niet te ontkennen. Normaliter zal de zijdelingsche druk van den urinestraal niet in staat zijn den weerstand der omgeving te overwinnen en den divertikel te dilateeren. Doch indien de urethraalwand door het een of andere trauma getroffen wordt, waardoor de stevigheid van den wand verminderd wordt, dan kunnen wij ons voorstellen, dat de urethrocele daar ontstaat waar men physiologisch reeds een geringe uitbochting, een divertikel van de epitheellaag aantreft.

Wordt de muscularis van den urethraalwand zoodanig verwond dat de mucosa door de in den spier gelegen wond zich uitstulpt, dan zal de wand der zich later vormende urethrocele alleen uit het urethraalslijmvlies bestaan. Is daarentegen de spierlaag in het proces betrokken dan zal deze eveneens deel uitmaken van den wand van den divertikel.

De vergrooting van den divertikel zal steeds gemakkelijker worden naarmate de weerstand van het omringende weefsel geringer wordt, d. i. wanneer de divertikel zich in het losmazige weefsel van het septum urethro-vaginale uitbreidt.

Tevens zal door de bijkomende hyperaemie en ontsteking der omringende weefsellagen de weerstand aanzienlijk verminderd worden. De vergrooting zelve zal haar ontstaan te danken hebben aan den druk van den urinestraal.

Is nu eenmaal een locus minoris resistentiae gekomen en daarmede een begin van divertikelvorming, dan zal de urinestraal zich niet regelrecht door de urethra naar buiten begeven, doch een gedeelte zal zijdelings afwijken en in den divertikel terecht komen. Patiënte urineert dan in haar divertikel totdat deze maximaal gevuld is. In mijn geval drukte patiënte zich aldus uit. Zoodra zij urineeren moet gaat de urineloozing met moeite gepaard en met een gevoel van spanning onder aan de vulva. Zoodra het gezwelletje naar buiten komt gaat het verdere gedeelte der mictie zonder eenige moeite. Laat men patiënte sterk persen dan komt het tumortje met den daarover sterk gespannen vaginaalwand voor den dag.

Is nu eenmaal een begin van divertikelvorming aanwezig, dan zal de druk van den urinestraal in staat zijn een verdere dilatatie te bewerken, zoodat ten slotte de divertikel een niet onaanzienlijke grootte bereiken kan.

De laesie van den urethraalwand, welke voorafgaat aan de ontwikkeling van de urethrocele blijkt uit de beschrijving der gepubliceerde gevallen steeds door den partus veroorzaakt te zijn.

Hoe de verwonding ontstaat zal van verschillende omstandigheden afhangen. Ik meen dan ook met Prof. Nijhoff, dat de plaats van ontstaan niet aangewezen wordt door de plaats waar de urethra normaliter tegen de symphysis aangedrukt wordt, zooals Sänger meent.

De communicatie opening kan zoowel dicht bij het orificium urethrae als verderop gelegen zijn. In mijn geval bedroeg de afstand van het orificium urethrae circa $3^1/_2$ c.M., zoodat de tumor in zijn geheel in de vagina gelegen was en uitwendig alleen de voorvlakte even zichtbaar kwam.

Ook de grootte van de opening waarmede de divertikel met de urethra communiceert, zal in grootte zeer uiteen loopen. Vaak gelukt het niet met den katheter bij het sondeeren door de opening in den divertikel te komen, somtijds zooals in het hierboven vermelde geval was dit uiterst gemakkelijk en liet de communicatie opening een vrij dikke sonde passeeren. De rand van de opening was evenals in andere daarop onderzochte gevallen scherp, niet afgerond, zoodat dat gedeelte van den urethraalwand dat tot divertikel vervormd was, scherp omschreven was geweest. In die gevallen zooals in dat van Veit waar twee openingen bestonden, heeft men zooals hij m. i. terecht meent, met een in de urethra doorgebroken cyste te maken, alzoo met een pseudo-urethrocele.

Wat verder den binnenwand van de cyste betreft zoo vinden wij bij enkele schrijvers die de binnenvlakte met den urethroscoop bezichtigden, dat deze een sterk hyperaemische, licht bloedende

wondvlakte vormde met hier en daar erosies en etterig beslag.

Waar het blijkt dat aan de ontwikkeling van een urethrocele steeds een bevalling was voorafgegaan, is het niet onmogelijk dat hierbij toevallige omstandigheden voor het tot stand komen dezer afwijking in aanmerking mogen komen.

Zoo meende Emmet dat men bij wijd uitéénstaande zitbeenknobbels eerder een laesie van den urethraalwand kan verwachten, dan bij nauwen schaambeensboog. Prof. Nijhoff daarentegen meent, dat een geringe bekkenhelling en nauwe schaambeensboog meer van invloed kunnen zijn. Deze opvatting zou gesteund worden door het feit dat evenals in zijn, ook in het hier boven beschreven geval een algemeen vernauwd bekken aanwezig was.

Echter heeft de bekken-anomalie hier geen invloed kunnen uitoefenen, daar het kind reeds 2 dagen dood was en de partus slechts eenige uren duurde.

Overigens mag men voorzeker hieraan eenige waarde hechten, waar wij weten dat laesies van het corp. clitoridis en de omgeving bijna steeds gevonden worden bij bekkens met vernauwden uitgang of bij forcipale extractie, indien door te vroeg opheffen van den forceps de weeke deelen tusschen symphysis en schedel sterk gedrukt worden.

De symptomen van de urethrocele of pseudo-urethrocele bepalen zich hoofdzakelijk tot stoornissen in de urineloozing. Uitgezonderd enkele gevallen waarbij retentio urinae optreden kan, bestaat gewoonlijk een frequente drang tot urineeren en bijna steeds incontinentia urinae. Soms uit dit laatste zich in een voortdurend afdruppelen der urine, soms alleen door druppelsgewijs afloopen der urine na de ontlediging van de blaas.

Het laatste feit laat zich gemakkelijk verklaren doordat de urine gedurende de mictie geloosd en in den divertikel gekomen, na de acte langzamerhand wegvloeit.

Door de retentie van de in den divertikel achtergebleven urine komt het in alle gevallen tot ontsteking van den wand der urethrocele. De aldus met etter etc. vermengde urine irriteert de uitwendige genitaliën en de omgeving, waarbij de bezwaren der pat. door het daaropvolgend eczeem etc. aanmerkelijk zullen toenemen. Ook kan het in den divertikel tot vorming van steenen komen. Enkele schrijvers hebben gemeend dat de calculus soms als de primaire oorzaak voor het ontstaan van een urethrocele in aanmerking komt. Zoo o. a. Chéry, die na verwijdering van den calculus de urethrocele zag verdwijnen.

Naast de verschillende stoornissen in de urineloozing, klagen

sommige patiënten over eèn gevoel van zwaarte onder aan 't lichaam; in enkele gevallen kwamen heftige pijnen voor (Priestly-Duplay), welke verminderden als de divertikel zich van haar inhoud ontledigd had. Complicaties met prolaps, cystitis etc. komen vaak voor.

Wanneer men slechts aan de mogelijkheid van het bestaan van een urethrocele denkt zal de diagnose geen moeilijkheden opleveren. Meestal zullen verwisselingen met een cyste in het septum urethro-vaginale gelegen of met beginnenden prolaps van den voorsten vaginaalwand in aanmerking komen. Beide zijn echter door het onderzoek met den katheter gemakkelijk uit te sluiten. Of men kan met den katheter door de opening in den divertikel komen en is de diagnose reeds gemaakt, of men kan na ontlediging van de holte van uit de vagina met den vinger de sonde en eventueel den rand van de communicatieopening voelen. Is de opening niet groot genoeg om de sonde te laten passeeren, dan gelukt het bijna steeds den inhoud van den divertikel door het orificium urethrae te doen ontlasten. Slechts in enkele gevallen heeft men waargenomen dat de inhoud in de blaas en niet door het orificium externum afvloeide.

Van den prolapsus van den voorsten vaginaalwand onderscheidt de urethrocele zich, indien zij daarmede niet gecompliceerd is, door het feit dat de zakvormige tumor die zij in de vagina vormt naar alle kanten begrensd is en vooral naar achter gemakkelijk te omvatten is.

Of wij met een urethrocele of pseudo-urethrocele te maken hebben, kan alleen het onderzoek in loco of het microscoop ophelderen.

Wanneer wij afzien van die behandelingsmethode waarbij men door caustische middelen of door den thermo-cautère een schrompeling, een verkleining van den tumor trachtte te bewerkstelligen, komt alleen die geneeswijze in aanmerking waarbij met het mes ingegrepen wordt.

Bij de incisie (Duplay) wordt een overlangsche snede gemaakt; de wand wordt beiderzijds gelijk geknipt en gehecht, of open gelaten om de holte met verschillende caustische agentia te behandelen.

Bij de resectie (L. Tait) wordt de zak voor het grootste gedeelte door een snede evenwijdig aan de urethra verwijderd en de wond gehecht.

Bij de excisie (Emmet) wordt niet alleen de zak in zijn geheel verwijderd, doch ook de rand der communicatie-opening geaviveerd en de gemaakte wond gesloten.

De beide laatste operatiemethoden kunnen gecompliceerd worden door een colporrhaphia anterior, zooals men die bij prolaps gewoon is te verrichten. De laatste behandeling zonder verder meer, vond

Heyder in zijn geval voldoende. Hier werd de zak eenvoudig onaangetast gelaten en de vaginaalwand na excisie van een ovaalvormigen lap, lineair gesloten. Terwijl men, aldus opereerend, bijna zeker kans van recidief heeft, is deze ook bij de resectie of excisie niet uitgesloten. Past men de eerste wijze van opereeren toe, dan brengt men wel is waar meerderen steun aan op de plaats van waar de divertikel uitging, doch loopt eveneens gevaar dat hetzelfde spel zich herhalen zal. Aviveert men den rand van de communicatie-opening na excisie van den geheelen divertikel, dan brengt men tegelijkertijd een locus minoris resistentiae in den urethraalwand aan, waardoor wij evenmin voor een recidief gevrijwaard blijven. Daarbij komt dat het aviveeren en hechten van een zoo kleine opening, wil het nauwkeurig geschieden, zeer lastig zijn zal en groot gevaar voor urineïnfiltratie etc. opleveren moet.

In mijn geval ben ik de operatie begonnen met de excisie van een ovaalvormigen lap uit den voorsten vaginaalwand Nadat ik een metalen katheter in de urethra gebracht had verwijderde ik den van hare omgeving afgepraepareerden zak voor het grootste gedeelte, zoodat slechts een klein gedeelte van den wand achterbleef. Daarop werden de beide vrij dikke wanden van den divertikel met catguthechtingen tot elkaar gebracht en de vaginaalwond met zijden hechtingen gesloten. De eerste dagen bleef de Nelaton'sche katheter liggen, daarna liet ik patiënte spontaan urineeren.

De hechtingen van den vaginaalwand verwijderde ik na 14 dagen; de meeste waren reeds spontaan uitgestooten. Acht weken na de operatie toen de geheele vaginaalwond goed gesloten was, reponeerde ik den geretroflecteerden uterus en appliceerde een Hodge-pessarium. De voorste beugel van het pessarium kwam juist te liggen op de plaats waar de vroegere communicatie-opening van de urethra met den divertikel was en zal, hoop ik, nog eenigen meerderen steun kunnen aanbrengen. De klachten van patiënte zijn eerst aanzienlijk verminderd, doch een frequente aandrang tot urineeren keerde langzamerhand terug, hoewel er van recidief geen sprake was. Het is niet onmogelijk dat deze klachten veroorzaakt werden door een vrij snel groeienden tumor van het ovarium, welke drie maanden na de eerste operatie verwijderd werd en een ruim vuistgroote dermoide tumor bleek te zijn.

RETRACTIE VAN HET CORPUS UTERI OM DE VRUCHT.

DOOR

Prof. G. C. NIJHOFF.

In den laatsten tijd is, vooral op instigatie van Budin, met nadruk gewezen op moeilijkheden, die bij de baring kunnen ontstaan door retractie resp. contractie van den ring van Bandl en zijn verschillende Fransche publicaties over dit onderwerp verschenen [1]).

De moeilijkheden, die samentrekking en vooral geïsoleerde samentrekking van den ring van Bandl zou kunnen geven, worden door de Fransche auteurs en met hen door Treub (Verslagen der Ned. Gyn. Vereeniging Jan. en Febr. 1900) en Meurer (Geneesk. Bladen 1900 n°. 1) met levendige kleuren geschetst en van groote beteekenis geacht, zoo zelfs dat Treub ze groot genoeg acht om een sectio caesarea te rechtvaardigen, ook waar deze anders niet geïndiceerd zou zijn. Tevens neemt Meurer het op voor een *geïsoleerde* samentrekking van den ring van Bandl en verdedigt hij tegenover Veit (die zijn bezwaren tegen Budin's opvatting te berde bracht in de vergadering der Société d'obstétrique van 18 Dec. 1899 [2]), de mogelijkheid, dat bij een contractie van den ring van Bandl het corpus uteri evenals het onderste baarmoedersegment en de cervix verslapt zou kunnen zijn.

Daar deze opvatting (die door Budin's volgelingen scherper op den voorgrond wordt gesteld dan door Budin zelf) in strijd is met de tot heden algemeen aangenomen leer, dat niet geïsoleerde samentrekkingen van den Bandl'schen ring, maar contracties van het

---

[1]) Markowitch. De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque ou anneau de contraction. Thèse de Paris 1894.

Démelin, de la rétraction utérine avant la rupture des membranes. l'Obstétrique 15 Janv. 1893.

Démelin et Landais. Soc. obst. de France (l'Obstétrique 15 Mai 1893).

Budin, de la dystocie causée par l'anneau de Bandl (l'Obstétrique 15 Juillet 1898).

H. Chéron. Des difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl. Thèse de Paris 1899.

Bué l'Obstetrique 15 Janv. 1899. Démelin l'Obstétrique 15 Juillet 1898: de la dilatation artificielle de l'orifice utérin; Commandeur l'Obstétrique 15 Sept. 1899. Zie verder Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris 1898 en 1899.

[2]) Zie Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Febr. 1900.

geheele corpus uteri het contractiephenomeen bewerken, dat men als contractiering (ring van Bandl) uitwendig kan zien en soms inwendig kan voelen, is het van belang na te gaan, wat wij van Budin's opvatting hebben aan te nemen, wat daarvan moet worden verworpen.

Over twee zaken is men het eens 1°. dat bij het begin der baring, d. w. z. bij het opengaan van den inwendigen baarmoedermond het daarboven gelegen gedeelte der baarmoeder in twee deelen moet worden onderscheiden: n.l. *het corpus uteri* met een dikkeren spierwand en krachtiger contractie en het *onderste uterussegment* met dunneren spierwand en zwakkere contractie. De grens tusschen beide, anatomisch niet scherp vast te stellen [1]), bij contractie van den uterus duidelijk waarneembaar is de *contractiering* of de *ring van Bandl.*

2°. dat het onderste baarmoedersegment onder sommige omstandigheden, vooral bij meerbarenden met bekkenvernauwing een geringe contractiliteit en een groote rekbaarheid bezit.

Oneens is men het over de vraag of de contractiering zich zelfstandig kan samentrekken. Tot het aannemen eener zelfstandige samentrekking van den Bandl'schen ring zal men niet mogen overgaan, zoolang een andere verklaring der feiten mogelijk is, daar de Bandl'sche ring — als zoodanig — buiten elke contractie van den uterus, hetzij een partieele, hetzij een totale in anatomischen zin niet bestaat.

De feiten, die men uit een samentrekking van den ring van Bandl (met of zonder gelijktijdige contractie resp. retractie van het baarmoederlichaam) wil verklaren zijn de volgende.

1°. In het sterk uitgezette onderste baarmoedersegment plus cervix en een gedeelte der vagina bevindt zich een sterk uitpuilende vochtblaas. Het corpus uteri is van het onderste baarmoedersegment afgesloten door een ring, die zich bevindt òf boven het voorliggende hoofd, om den hals, of onder het voorliggende deel. Steeds ligt het voorliggende deel der vrucht hoog, zoodat het gemakkelijk bewogen kan worden.

2°. Na het afloopen van het vruchtwater is het onderste uterussegment slap en van het corpus uteri gescheiden door een ring, die een gedeelte der vrucht kan omsnoeren, en bij versie de grootste moeite kan veroorzaken.

---

[1]) c. f. Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie 1895, 1897, 1899, passim.

3°. Na de geboorte van het kind wordt de placenta òf geheel òf gedeeltelijk in het corpus uteri gefixeerd door een ring, die zich bevindt boven het slappe onderste uterussegment.

Een typisch geval behoorende tot de eerste groep vormt met een aantal gevallen van Budin, Demelin, Chavanne, Mac Donald, Haines [1]), het geval door Dr. Meurer in het Geneeskundig Blad n°. 1 1900 beschreven. Eene I-para werd te 2.30 v.m. opgenomen met alle teekenen van beginnende baring. Om 9 u. constateerde Meurer het volgende. Buik zeer sterk uitgezet, vooral ter hoogte van den navel. Aan den rechter kant van den uterus eene zwelling, welke zich van boven de rechter liesplooi ongeveer tot navelhoogte uitstrekt en aldaar in den uterus overgaande. Door den dunnen buikwand was zichtbaar dat de zwelling teweeggebracht werd door den sterk gevulden plexus pampiniformis.

Bij verdere bezichtiging viel behalve het buitengewoon groot aantal striae ook nog een gleuf op, *ongeveer handbreed onder den navel in horizontale richting zich uitstrekkende*, die goed waarneembaar was bij volkomen slapte van den uterus, *maar vooral duidelijk werd bij elke samentrekking.* Het was duidelijk, dat deze zichtbare gleuf de plaats voorstelde, waar zich de contractiering bevond, hetgeen ook later bleek bij nader onderzoek door palpatie.

Bij betasting van den buik, *die onder lichte narcose plaats vond*, werd links boven naast den navel een groot ballotteerend deel gevoeld: het hoofd; vóór was geen meerdere weerstand te voelen en tusschen den contractiering en de symphysis *kon de hand tot op de wervelkolom doordringen.* De ligamenta rotunda waren gemakkelijk door te voelen, waren niet sterk gespannen, evenmin bestonden er andere verschijnselen van sterke rekking van het onderste gedeelte van den uterus.

Bij inwendig onderzoek bleek dat de ontsluiting ongeveer 5 cM. bedroeg; daarbij viel op, dat de *vochtblaas laag stond* en sterk uitpuilde in de vagina. Van kindsdeelen heb ik (Dr. Meurer) bij dit onderzoek niets kunnen voelen, wel vertelde mij de ervaren vroedvrouw, dat zij een voetje had gevoeld, dat zich weer terugtrok.

Hierbij teekent Dr. Meurer aan: de diagnose was duidelijk, er bestond hier een voortdurende contractie van den ring van Bandl, die oorzaak was, dat de stuit niet dieper kon komen, terwijl alleen gedurende een wee ook het corpus uteri was samengetrokken.

„5 uur later vond ik volkomen ontsluiting, de vochtblaas sterk uitpuilend, in de vochtblaas een voetje en de contractiering nog

---

[1]) Gepubliceerd in de dissertaties van Markovitsch (1894) en H. Chéron (1899).

wat hooger zonder teekenen van abnormaal sterke rekking. Na het onderzoek braken plotseling de vliezen *en het water spoot met groote kracht en in groote hoeveelheid er uit*, waarbij een voetje een oogenblik zichtbaar werd. Onmiddellijk werd narcose ingeleid en ging ik over tot het onderzoek met de halve hand. Hoog boven, daar waar uitwendig de contractiering was te voelen, constateerde ik een inspringenden rand, die een vernauwing vormde, zoodanig, dat mijne uit elkaar gespreide wijs- en middelvinger de randen konden bereiken; d. w. z. de ring had een diameter van 6—7 c.M. Boven dezen ring lag de stuit en zeer gemakkelijk was te voelen, dat het corpus uteri buiten een wee slap was. Er bestond dus thans geen twijfel meer dat er een *geheel geïsoleerde* samentrekking van den ring van Bandl bestond, die zich dus gedurende het eerste stadium van den partus had ontwikkeld."

Het geval van Meurer en die welke door Démelin, Budin, Mac Donald en Haines e. a. zijn medegedeeld hebben eenige punten van belang gemeen. Bij alle vindt men veel vruchtwater, een sterk uitpuilende vochtblaas, een hoog voorliggend deel en een zeer uitgezet, na het breken der vliezen zeer slap onderste uterussegment. In de meeste gevallen wordt melding gemaakt van sterke, soms tetanische samentrekkingen van de baarmoeder, in enkele andere (Budin, als n°. 5 bij Chéron vermeld) worden de weeën als „lentes, peu efficaces, pas douloureuses" genoteerd. Niet zelden had men te doen met een vroegtijdige baring.

Terwijl Dr. Meurer met Budin e. a. buitengewoon groote beteekenis hecht aan de contractie van den ring van Bandl en hij met de Fransche auteurs daardoor de oude leer der spastische stricturen van de uterus weer opgraaft, heeft mij èn in zijn geval èn in de groote reeks die Chéron publiceert, veel meer getroffen *de groote rekbaarheid en de sterke uiteenrekking van het onderste uterussegment* Terwijl de Bandl'sche ring een deel der vrucht omsnoert en in bijna alle gevallen [1]) daarboven het sterk gecontraheerde corpus uteri de vrucht bijna immobiliseert, vindt men daaronder een uiterst bewegelijk gedeelte der vrucht, dat door geen gespannen wand wordt omsloten.

De sterke uitzetting van het onderste uterussegment, het sterk uitpuilen eener vochtblaas in de vagina zijn verschijnselen onafhankelijk van een eventueel bestaande geïsoleerde contractie van den ring van Bandl. Deze kan noch het onderste uterussegment uit-

---

[1]) Uitzonderingen vormen, behalve het geval van Meurer, het derde geval van Hosmer (Chéron n°. 20) een geval van Budin (Chéron n°. 23), een geval van Chavanne (Chéron n°. 30) en misschien een geval van Haines (Chéron n°. 48.)

rekken, noch het vruchtwater uit den uterus in de vagina drijven. Beide verschijnselen moeten anders worden verklaard.

De *uitzetting van het onderste uterussegment* is op te vatten als een primair verschijnsel, misschien verergerd, maar zeker niet veroorzaakt door rekking. Wanneer bij een I-para, die $8^1/_2$ uur in partu is, een contractiering gevonden wordt, een handbreed onder den navel, is dit niet te verklaren uit de werking der weeën, hoe sterk deze ook mogen zijn: het onderste uterussegment moet van den aanvang af abnormaal groot, wijd zijn geweest.

De *uitpuiling der vochtblaas in de vagina*, soms tot in de vulva (in de Fransche mededeelingen vindt men herhaaldelijk: pôche bombante, baîllante à la vulve, pôche saillante) veroorzaakt door het verplaatsen van vruchtwater uit den uiterus, *is een direct gevolg van verkleining der uterusholte.*

Onder normale omstandigheden belet het voorliggende kinderhoofd dat zich een sterk uitpuilende vochtblaas vormt, en is het onderste uterussegment noch groot noch rekbaar genoeg om een aanzienlijk gedeelte van het vruchtwater op te nemen. Dit moet dus binnen het corpus uteri besloten blijven en de spanning, waaronder het vruchtwater tijdens een uteruscontractie verkeert, zal beletten, dat het corpus uteri zich retraheert om de vrucht.

Dit zal daarentegen wel mogelijk zijn, wanneer zich omstandigheden voordoen, die men in alle beschreven gevallen regelmatig terugvindt. Is het voorliggende deel der vrucht de stuit, of is het hoofd zijdelings afgeweken, dan kan tijdens een wee de vochtblaas meer uitpuilen. Niet onwaarschijnlijk heeft men in die gevallen, waar de vochtblaas zeer ver, b.v. tot in de vulva uitpuilt, te doen met een scheiding tusschen chorion en amnion waardoor de eiblaas langs baarmoeder en vaginaalwand glijden kan en de retractie der geheele baarmoeder inclusief het onderste uterussegment gemakkelijk wordt gemaakt [1]). Heeft men te doen met een niet onaanzienlijke hoeveelheid vruchtwater, groot genoeg om een behoorlijke vochtblaas te vormen, maar niet zóó overmatig, dat zij de eiblaas onder groote spanning brengt, dan zal contractie van een gedeelte van den uteruswand — in casu van het corpus uteri in engeren zin al het vruchtwater uit het gecontraheerde gedeelte kunnen verplaatsen en het corpus uteri zich kunnen retraheeren om de vrucht of een gedeelte der vrucht.

Dat de retractie van het corpus uteri om de vrucht in vele ge-

---

[1]) Ik zag tweemaal bij hoogen stand van het voorliggend hoofd (bekkenvernauwing) de vochtblaas die in de vulva uitpuilde, door gladheid en doorschijnendheid duidelijk waarneembaar als uitsluitend bestaande uit amnion zonder chorion.

vallen afhankelijk is van onregelmatige uteruscontracties, van krampweeën, blijkt uit de verschillende mededeelingen; dat zij ook zonder deze, alleen ten gevolge van volkomen normale weeën, bij staande vliezen kan tot stand komen, wordt onder de hiervoor genoemde omstandigheden duidelijk.

Ik wil niet ontkennen, dat in het geval van Dr. Meurer een insnoering van de baarmoeder vóór het breken der vliezen heeft bestaan, maar dat dit werkelijk het geval is geweest, blijkt noch uit Meurer's beschrijving, noch uit zijn afbeelding; immers de dwarsverloopende plooi, die ik gaarne voor de grens tusschen corpus uteri en onderste uterussegment wil houden, bewijst niet dat daar ter plaatse een insnoering bestaat, (dit zou alleen bewezen zijn, wanneer men kon aantoonen, dat daar ter plaatse ook van rechts naar links een insnoering kon worden geconstateerd) maar *slechts dat het daaronder gelegen gedeelte uitpuilt*, en dat met een retractie van het corpus uteri om de vrucht een verplaatsing van vruchtwater in het onderste uterussegment, de cervix uteri en de vagina samenging.

Wanneer bij staande vliezen, een sterk uitpuilende vochtblaas in de vagina is waar te nemen, het onderste baarmoedersegment uitpuilt, de contractiering hoog staat, zou ik liever dan in een geïsoleerde samentrekking van den ring van Bandl de oorzaak van het geheele verschijnsel willen zoeken in *verslapping en rekbaarheid van het onderste uterussegment met retractie van het corpus uteri.*

Is daarbij het onderste uterussegment niet gespannen maar slap, zooals in Dr. Meurer's geval, dan wijst dit op een primaire anomalie van het onderste baarmoedersegment, bestaande in groote uitgebreidheid en groote rekbaarheid. Zulke gevallen leeren, dat een hooge stand van den contractiering niet *steeds* (maar wel meestal) het gevolg is van sterke rekking, groote spanning in het onderste uterussegment, dat die hooge stand niet *altijd* een dreigende uterusruptuur beteekent, zij verklaren, waarom men bij hoogen stand van den contractiering soms de daarin gelegen deelen der vrucht gemakkelijk kan betasten en bewegen, hetgeen onmogelijk is wanneer de krachtige uteruscontractie het onderste uterussegment rekt en spant. Men kan niet door een gespannen wand heen voelen.

Tegenover de primaire contractie van den Bandl'schen ring vraag ik aandacht voor de primaire uitzetting van het onderste uterussegment en de daardoor mogelijk gemaakte retractie van het corpus uteri om de vrucht.

In een groot aantal gevallen werd een ringvormige afscheiding tusschen corpus uteri en onderste uterussegment geobserveerd na het breken der vliezen, soms korten tijd, soms zeer lang nadat het

vruchtwater was afgeloopen. In een aantal in de geciteerde dissertaties en de artikelen van Budin, Bué en Meurer voorkomende gevallen geven de schrijvers zelf belangrijke retractie van het corpus uteri toe, in andere wordt de retractie van het corpus uteri ontkend.

Over die van de eerste categorie heerscht wel geen belangrijk verschil van meening: niemand zal ontkennen, dat daar waar het corpus uteri zich retraheert, en het onderste uterussegment gerekt of slap is, op de grens tusschen beide een nauwe plaats kan ontstaan, die zoowel bij uitwendige als inwendige palpatie den indruk maakt van een insnoering, en evenmin is onder die omstandigheden onverklaarbaar, dat bij langdurige en blijvende contractie van het corpus uteri insnoeringen kunnen ontstaan, zooals Treub, naar aanleiding van een waarneming van Van der Meij in de Société d'Obstétrique releveerde.

De omstandigheden waaronder deze gevallen zijn waargenomen (Meurer zag een zoodanig geval 7 dagen na het afloopen van vruchtwater, verschillende Amerikaansche gevallen zijn geobserveerd na secale gebruik, in een paar gevallen was de foetus misvormd, in vele bestond een schouderligging, in andere was een ballon in den uterus gebracht) maken het bovendien begrijpelijk *dat onregelmatige uteruscontracties* onder den invloed van een abnormalen prikkel ook tot het ontstaan van een insnoering ter hoogte van den contractiering hebben kunnen leiden. Dat de contractiering gezamenlijk met contractie van het corpus uteri optreedt wordt juist door deze groep van gevallen bewezen.

Ook voor deze gevallen geldt weer, dat men in sommige met nadruk vindt vermeld de bewegelijkheid der vrucht in het onderste uterussegment en de geringe spanning daarvan bij soms hoogen stand van de contractiering, hetgeen te begrijpen is, wanneer men in aanmerking neemt, dat waarschijnlijk bij verschillende dezer gevallen hetzelfde symptomen complex aanwezig was als in de gevallen van de eerste groep, maar dat ze eerst na het breken der vliezen zijn geobserveerd.

In enkele gevallen wordt uitdrukkelijk vermeld, dat boven den contractiering de uterus slap was. Eene waarneming door Chéron gepubliceerd en afkomstig van Mad. de Moerlooze en Prof. Tournay bevat te veel onduidelijkheid en zooveel vreemds, dat het moeilijk is om uit te maken of hier atonie of retractie van den uterus bestond. Evenmin is het geval van Chavanne (Chéron n°. 30) volmaakt duidelijk; daar hij aan den eenen kant aanneemt, dat de ring van Bandl om den hals der vrucht is samengetrokken, en het dieper dalen van den schedel verhindert (bij een rachitisch

bekken met een conjugata diagonalis van 10.9 cM.) bovendien in den „anneau peu serré" een kloppende navelstreng vindt en aanteekent, dat na de geboorte der vrucht (forcipale extractie) een „quantité notable" vruchtwater afliep, maar aan den anderen kant gedurende meer dan 12 uur „contractions énergiques et extrêmement douloureuses" noteert.

Dr. Meurer vermeldt enkele gevallen, waarin de samentrekking van het corpus uteri geringer scheen, dan de contractie van den ring. Deze gevallen zijn steeds moeilijk juist te beoordeelen. Wanneer men door een nauwen ring heen komt, wordt op dat oogenblik de contractie van den ring opgeheven, en zal een te voren bestaande contractie van het corpus uteri tegelijk door verslapping zijn gevolgd. Slechts dan, wanneer men een slap corpus uteri duidelijk constateeren kan, op het oogenblik dat men nog niet door den ring gekomen is, mag men spreken van een geïsoleerde samentrekking van den Bandl'schen ring. De *mogelijkheid* van zoodanige geïsoteerde contractie is niet te ontkennen, zij die ze zelf hebben meenen waar te nemen zijn natuurlijk overtuigd, maar het is anderen niet kwalijk te nemen, wanneer zij niet gelooven voordat zij zelf gezien hebben. In de overgroote meerderheid der tot heden medegedeelde gevallen bestond retractie van het corpus uteri, en ik beschouw het als een teekenend iets, dat Chéron, niettegenstaande hij gevallen meedeelt, waarin van atonie van het corpus uteri boven den contractiering gesproken wordt, toch onder de auspiciën van Budin zelf schrijft (n°. 75) „la rétraction isolée de l'anneau de Bandl n'est point démontrée par les faits cliniques, elle est toujours accompagnée par la rétraction du corps utérin".

De praktische beteekenis van samentrekking van den ring van Bandl, hetzij dan met of zonder gelijktijdige retractie van het corpus uteri is duidelijk. Het zal niet mogelijk zijn, of ten minste groote moeilijkheden opleveren, om bij de versie deelen der vrucht uit het onderste uterussegment in het corpus uteri omhoog te brengen, bij de extractie het in het corpus uteri besloten gedeelte der vrucht omlaag te trekken.

Maar in verband met de door mij aangenomen relaxatie van het onderste uterussegment (met of zonder de cervix uteri) leeren de gevallen door Budin, Demelin c. s. en door Meurer gepubliceerd nog iets anders. Het optreden van een duidelijken, zelfs van een vrij hoog gelegen contractiering wijst niet in alle gevallen op een dreigende ruptuur der baarmoeder door *rekking* van het onderste uterussegment, daar de mogelijkheid eener primaire slapheid en uitzetbaarheid van het onderste uterussegment moet worden toegegeven. Vindt men bij uitwendige palpatie het onderste gedeelte

der baarmoeder week en indrukbaar, voelt men de deelen der vrucht duidelijk daardoor heen, kan men de kindsdeelen in dit onderste uterussegment bewegen, dan bestaat voor ruptuur der baarmoeder geen gevaar, hoe hoog ook de contractiering moge zijn gelegen. Is daarentegen het onderste uterussegment gespannen, de vrucht daardoor vast omsnoerd, en een hoogstaande contractiering duidelijk waarneembaar, dan dreigt gevaar voor uterus ruptuur des te meer, naarmate de hoogere stand van den ring op sterkere rekking wijst.

Wanneer wij eenmaal weten dat, naast retractie van het corpus uteri, relaxatie van het onderste uterussegment mogelijk is, zullen wij door nauwkeurig onderzoek in staat zijn een hoogen stand van den contractiering *met* en een hoogen stand van de contractiering *zonder* gevaar voor uterusruptuur van elkander te onderscheiden. In het eerste geval zullen ingrijpende operaties, eventueel zelfs een sectio caesarea gewettigd zijn, in het laatste geval moet de retractie van het corpus uteri worden bestreden, volgens anderen de nauwe ring worden gerekt.

Hoe diegenen, die de insnoering door den ring van Bandl teweeggebracht als een contractiephenomeen opvatten, mechanische rekking kunnen aanbevelen is mij een raadsel, daar elke prikkel noodzakelijk dezen spasmus moet doen toenemen.

Hier zijn de reeds vroeger tegen strictuur en tetanus uteri aanbevolen middelen op hun plaats. In den aanvang laudanum in herhaalde giften, in een verder gevorderd stadium een morphineïnjectie, als het nijpt met toevoeging van atropine (hoogstens 1 milligram!), misschien een aderlating. Moet men ingrijpen, dan zal niets zonder diepe narcose mogen gebeuren, maar het beste is af te wachten in de hoop dat de spasmus overgaat. Dat dit, soms vrij spoedig en plotseling gebeuren kan, leeren verschillende observaties, van Budin (Chéron n°. 35), Th. Smith (Chéron n°. 37), Brindeau (Chéron n°. 40) e. a., en men kan bij het lezen van vele dezer waarnemingen de gedachte niet onderdrukken, dat met minder ingrijpende therapie en langer afwachten moeder en kind beter zouden zijn gebaat.

Even als de twee eerste groepen van verschijnselen zich uiten door een min of meer duidelijke insnoering van den uterus resp. uitpuilen van het onderste uterussegment, geeft ook de retractie van het corpus uteri na de geboorte van het kind zoodanige scheiding tusschen corpus uteri en onderste uterussegment te zien.

Physiologisch nemen wij die bij nagenoeg elken partus waar, wanneer de placenta uit het corpus uteri gedreven in de cervix ligt en het corpus uteri niet meer *om* maar *boven* de placenta gelegen, als een tweede tumor zichtbaar en voelbaar is.

Het pathologische paradigma van deze scheiding tusschen corpus uteri en onderste uterussegment wordt gegeven door de *hour-glass contraction* post partum, den *utérus en sablier*. Hier ligt de placenta half in, half buiten het corpus uteri en wordt zij door den contractiering omsnoerd. Hierbij een geïsoleerde contractie van den ring van Bandl aan te nemen heeft geen zin. Men voelt in deze gevallen, die in de consultatieve vroedvrouwen praxis niet zoo heel zeldzaam zijn, boven den ring duidelijk het *harde* corpus uteri, in enkele gevallen een weinig door een bloedcoagulum uitgezet. Bestond er atonie, dan zou het corpus uteri sterk gedilateerd en week moeten zijn. Regelmatig vindt men dan de placenta nog met een gedeelte van den uteruswand verbonden, niet zelden „enchâtonné" als bewijs dat, behalve op de plaats waar de placenta nog vastzit, het geheele corpus uteri sterk geretraheerd is.

Geheel hetzelfde geldt voor de weinige gevallen, waarin bij tweelingen, na de geboorte van het eerste kind, het tweede slechts bereikbaar was door een nauwe opening. Dat hier een sterke retractie van het corpus uteri bestond en niet een geïsoleerde contractie van den ring van Bandl, meen ik uit alle 6 waarnemingen die Chéron publiceert, duidelijk te lezen, daar in geen van alle van haemorrhagie post partum sprake is, die wel niet had kunnen uitblijven, wanneer het corpus uteri atonisch was geweest.

De winst, die de waarnemingen en beschouwingen van Budin en zijn volgelingen geven, is dat weer op nieuw de aandacht is gevestigd op de insnoering, die door den ring van Bandl kan ontstaan. Door Schroeders leer te veel op den achtergrond geschoven en met de leer der zelfstandige strictura uteri begraven, wordt zij door de Franschen m. i. te veel op den voorgrond gesteld.

Aan het verschijnsel komt toch, naar mij dunkt, niet zoo'n zelfstandige waarde toe: zonder gelijktijdige retractie van het corpus uteri behoeft geen retractie van den ring van Bandl te worden aangenomen, in een aantal gevallen is het niet de insnoering van den ring, maar *de uitpuiling van het onderste uterussegment* die het contractiephenomeen zichtbaar maakt.

Groningen, Maart 1900.

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE

in de Vergaderingen van Februari—April 1900,

DER

NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING

TE AMSTERDAM.

Vergadering van Zondag 11 Februari 1900.

Voorzitter: Prof. TREUB.
Waarnemend Secretaris: Dr. TH. H. VAN DE VELDE.

Na goedkeuring van de notulen der vorige vergadering doet de Voorzitter mededeeling van het feit, dat Dr. Stratz het honorarium, dat hij van het Centrallblatt für Gynaekologie voor de verslagen omtrent het behandelde in de vergaderingen heeft ontvangen, in de kas der Vereeniging heeft gestort. Den Heer Stratz wordt daarvoor, maar vooral voor de bewerking dier verslagen, dank gebracht.

Als afgevaardigde der Vereeniging naar het a. s. Congres te Parijs wordt, nadat op het voorstel van het Bestuur besloten is geen stemming met gesloten briefjes te houden, bij acclamatie Dr. Mendes de Leon gekozen. Deze verklaart zich bereid tot het vervullen van die functie.

Vervolgens verkrijgt Dr. Stratz het woord tot het doen van eene voorloopige mededeeling omtrent eene ovariotomie, welke door hem verricht werd bij een meisje van 18 jaren, twee dagen na de menstruatie.

Bij de patiënte, wier zuster aan tuberculose was gestorven, werd een kippenei-groote, pijnlijke tumor, links van den uterus, geconstateerd. Met het oog op de mogelijkheid van het aanwezig zijn van een tuberculeuze aandoening, werd de laparotomie verricht.

Na losmaking van adhaesies verwijderde Spreker een vergroot ovarium. Alles ging verder goed; de pijn, waarover de patiënte geklaagd had, is verdwenen en tot nu toe — een maand later — niet teruggekomen. Daar het meisje echter ook klachten van hysterischen aard had, weet Dr. Stratz niet of zij vrij van pijn zal blijven.

Spreker vertoont de helft van het verwijderde ovarium hier voorloopig, voordat hij tot het maken van coupes hiervan overgaat.

De andere helft is reeds gesneden. De preparaten maken den indruk dat er een bloeding heeft plaats gehad in den cumulus proligerus. De eicel is tot nog toe niet gevonden.

Daarop doet Dr. Stratz mededeeling van drie gevallen van vaginofixatie van den uterus:

J. N°. 179.

50 j. multipara, voor 4 jaren menopause.

Sedert 4 jaren met pessarium behandeld, neurasthenisch, wil van pessarium niets meer weten, dat helpt niet.

Status in Maart 99. Cystocele, descensus vaginae, retroflexio uteri.

De zeer hevige klachten over rugpijnen en *pijn onder de linker borst*, worden, na consult met een neuroloog, Dr. Browne, beschouwd als secundaire verschijnselen uitgaande van de retroflexio.

23. 3. 99. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrhaphie, glad verloop, hoogste temp. 37.6, den tienden dag opgestaan, draden na 4 weken verwijderd, van af den tweeden dag p. op. zijn de klachten verdwenen en ook niet meer teruggekeerd. In Augustus onderzoek uterus ligt goed gefixeerd.

(In dit geval werd met het oog op de cystocele de uterus sterk naar voren onder de naar boven geschoven blaas vastgehecht).

J. N°. 289.

63 j. multipara, sedert 14 jaren in het climacterium.

Dysurie en zwaar gevoel in den buik. Prolapsus vaginae met sterke cystocele en retroflexio uteri.

20 Mei 99. Met het oog op den hoogen leeftijd en de sterke adipositas van pat. wordt, in plaats van eene uitgebreide plastiek, de *vaginofixatio uteri* gedaan, eveneens met hoog naar boven duwen van de blaas.

De uterus vervult op deze wijze de plicht van een kogelpessarium van Breisky.

Glad verloop, hoogste temperatuur 37.5, den 10den dag opgestaan.

Augustus. Uterus goed in situ, laatste draden verwijderd, geen klachten meer.

J. N°. 351.

46-jarige Multipara, sedert 7 maanden niet meer gemenstrueerd.

Uterus *myomateus* gedegenereerd, in sterke *retroflexie*, rechts achter gefixeerd. Ovariën atrophisch, drukking op het rectum, obstipatio, erge rugpijnen.

10. 10. 99. *Vaginofixatio uteri myomatosi.* Bij het naar beneden trekken komt de uterus met den linker kant naar voren; na opening van het peritoneum worden over den fundus heen de adhaesies rechts manueel losgemaakt, daarna de uterus gefixeerd; al de myoom-

knobbels, waarvan twee subsereus aan den linker tubahoek, zijn zeer klein en voelen hard aan.

Glad verloop, hoogste temperatuur 37.4, den 10den dag opgestaan, pijn onmiddellijk na de operatie verdwenen.

10 Nov. zijden hechtingen verwijderd.

9 Dec. Uterus goed in anteflexie, gefixeerd, geen klachten.

In alle drie gevallen werd het voorste laquear door een longitudinale snede van ± 5 cM: tot vlak aan de portio geopend, daarna blaas en retrovesicaal bindweefsel door een gaastampon op een korentang zonder de minste moeite teruggeduwd, en de uterus, na inbrengen van een lang smal speculum boven in de wond, daarlangs met Pozzi'sche kogeltangen successievelijk naar beneden gehaald; à vue wordt het peritoneum dwars doorgesneden en de fundus door vier à zes diepgrijpende sterke zijden hechtingen met de vaginaalwondranden vereenigd.

Deze operatie was in de beide eerste gevallen binnen 5 minuten afgeloopen, in het laatste werd het verloop door het losmaken der adhaesies ± 10 minuten vertraagd

Prof. Kouwer kan zich in *deze* gevallen wel met de indicatie voor het verrichten van de vaginofixatie vereenigen, maar wenscht toch aan Dr. Stratz te vragen, hoe de in het 2e geval bestaande prolaps daardoor werd opgeheven.

Dr. Stratz antwoordt hierop, dat er alleen een inversie van den voorsten vaginaalwand aanwezig was.

Prof Treub vraagt aan den Spreker of hij van oordeel is dat een gevaginofixeerde uterus een goed pessarium tegen prolaps zou zijn? Wat het laatste geval betreft, waar een myomateuse degeneratie van den uterus bestond, verdient de vraag overweging of men niet verstandiger doet een dergelijk orgaan te exstirpeeren, als de vrouw zich toch reeds in het climacterium bevindt.

Dr. Stratz is met Prof. Treub de meening toegedaan dat de vaginofixatie de gewone prolaps-operatie niet kan vervangen. Maar in die gevallen, waarin alleen klachten omtrent door de cystocele veroorzaakte stoornissen in de mictie bestaan, zou hij met het verrichten van de vaginofixatie willen beginnen. In het laatstbesproken geval heeft hij aan de patiënte de totaal-exstirpatie voorgesteld. Toen zij weigerde zich daaraan te onderwerpen is Spreker tot de vaginofixatie overgegaan, waarbij hij de patiënte heeft gewaarschuwd, dat deze operatie niet zeker door succes bekroond zou worden.

Dr. Vermey demonstreert een onderzoekstoel van Richelot dien hij voor het spreekuur bij den medicus aan huis, voor speculumonderzoek etc., zeer geschikt acht. Hij is gemakkelijk op te vou-

wen en aan den kant te zetten en kan eveneens gemakkelijk weer worden opgesteld.

Richelot gebruikt hem reeds twee jaren en is er zeer tevreden over. De kosten bedragen 144 francs [1]). Van goede grondstoffen vervaardigd, waardoor de kosten schijnbaar hoog zijn, behoeft men geen angst te hebben voor het weerstandsvermogen.

Prof. Treub vraagt of Richelot er in die twee jaren één of meerdere heeft gebruikt. Want heel sterk ziet hij er niet uit. Ook is hij wel wat laag.

Dr. Vermey antwoordt, dat Richelot er ongeveer een dozijn tegelijk in gebruik heeft. Dat hij wat laag is hindert niet, indien men er een laag tabouretje bij gebruikt.

Dr. Meurer, thans aan het woord komende, begint met de mededeeling van het volgende geval van ruptura uteri.

Ongeveer 3½ week geleden werd ik ontboden door den directeur van het Israëlit. Ziekenhuis, met het verzoek hulp te willen verleenen bij eene vrouw, die volgens hem de verschijnselen van ruptura uteri vertoonde. Aangezien de chirurg ziek was, de gynaecoloog van het gasthuis in een partus zat, had men de hulp van mij, den verloskundige der Israëlit. Gem. ingeroepen. Bij mijne komst in het gasthuis vond ik de volgende verschijnselen bij de vrouw, die zooeven was binnengebracht. Het gezicht zag zeer bleek, de pols was snel, tusschen 120 en 140, en klein; voortdurend klaagde zij over pijn, vooral links in den buik.

Bij palpatie vond ik 2 gezwellen in den buik, één rechts, groot en vast, en links een ander gezwel, dat weeker aanvoelde; deze betasting was zeer pijnlijk voor de patiënte.

Bij inwendig onderzoek vond ik even in den ingang het hoofd, dat alle verschijnselen van een hydrocephalus vertoonde; het promontorium was te bereiken. Vermeld dient te worden, dat de partus ongeveer 3 dagen geduurd had en geleid was door eene vroedvrouw, berucht wegens hare neiging, om hare patiënten te infecteeren, en die daarom o. a. ook ontslagen was als vroedvrouw bij de Israël. Gemeente.

Deze verschijnselen, gevoegd bij het feit, dat deze vrouw na 3 dagen in partu te zijn geweest, des middags om 4 uur plotseling zeer heftige pijn had gekregen en bleef houden, terwijl eigenlijke weeën niet meer werden waargenomen, deden mij de diagnose „ruptura uteri” stellen, welke ruptuur op het oogenblik van het onderzoek reeds 4 à 5 uur bestond.

Bij de behandeling had ik de keuze tusschen perforatie en extractie, en de laparotomie. Van deze 2 behandelingswijzen koos ik de laatste om de volgende redenen.

[1]) Bonamy, de Sarnez et Co., Ingenieurs-Constructeurs, 39 rue de l'Arbalète, Paris.

Aangezien wij hier te doen hadden met een hydrocephalus van belangrijken graad, was de kans den schedel na perforatie te extraheeren zeer gering, daar de kranioklast het noodige houvast zou missen. Mislukte dus deze operatie, hetgeen zeer waarschijnlijk was, dan zou ik toch moeten overgaan tot laparotomie, maar thans onder veel ongunstiger omstandigheden. Door het herhaalde inbrengen van den kranioklast zou ik de infectiekiemen, die door de bedoelde vroedvrouw zeker wel in de vagina zouden zijn gebracht, hooger op verplaatst en daardoor de kans op doodelijke peritonitis vergroot hebben. Daarenboven moest volgens het onderzoek aangenomen worden, dat bijna het geheele kind in den buik buiten den uterus lag, de scheur dus zeer groot was en groote kans had bij de extractie van het kind, waarbij de schouders er weer door moesten, nog vergroot te worden; dat tengevolge daarvan sterke bloeding kon volgen, die misschien ook nog laparotomie zou indiceeren. Voeg ik hier nog bij de overweging dat, na gelukte extractie van het kind, tamponnade met jodoformgaas zou moeten volgen, waarbij noodzakelijkerwijze de infectiekiemen naar boven en in de scheur zouden worden gebracht, dan meen ik voldoende argumenten te hebben aangevoerd, waarom ik tot laparotomie besloot. Na de voorbereidende maatregelen, o. a. zoo krachtig mogelijke desinfectie der vagina, ging ik daartoe over.

De buik werd mediaan geopend en de diagnose bleek juist te zijn; rechts lag het samengetrokken leege corpus uteri, links in den buik, door intestina bedekt, het kind. De weeke zwelling bleek zijn oorzaak te vinden in een zeer groote encephalocele, aan het achterhoofd van den hydrocephalus gezeten. Het kind werd te gelijkertijd met de placenta, die los lag, geëxtraheerd. Nadat de bloedcoagula en het ongestolde bloed zooveel mogelijk waren verwijderd, kon men zien, dat de scheur links in het onderste gerekte gedeelte zich bevond, daar waar de encephalocele blijkbaar de sterke rekking had teweeggebracht. Zij liep door het linker ligament. lat. tot aan den bekkenwand, de grens tusschen onderste uterussegment en corpus uteri was hoogstens handbreed boven de symphyse gelegen. Ik maakte mij gereed de scheur te hechten, tamponneerde eerst de uterusholte en het onderste gedeelte van den uterus met jodoformgaas van uit de scheur, doch na 2 hechtingen te hebben gelegd, zag ik, dat aan de voorvlakte van den uterus, onder het losse peritoneum zich een zeer groote bloeduitstorting bevond, wankleurig; daarbij ontdekte ik een scheurtje in het peritoneum boven de blaas, waarvan ik niet weet of dit reeds van te voren aanwezig was, dan wel of het bij het manipuleeren ontstaan was.

Ik was huiverig, om een zoo groote met bloed gevulde ruimte

achter te laten, die in onmiddellijk verband stond met de scheur, terwijl zooals ik reeds vermeldde de patiënte bijna zeker was geïnfecteerd. Ik ging daarom radikaal te werk, amputeerde den uterus supravaginaal, en hechtte den stomp extraperitoneaal door hem in den ondersten wondhoek te hechten. Het cervikaalkanaal opende zich daarbij direct naar buiten, zoodat eventueele infectiekiemen niet in de peritoneaalholte, maar buiten den buik hun weg konden vinden.

In ieder geval moest de prognose dubia gesteld worden, daar de vagina niet meer steriel was. Door den toestand der geslachtswegen toch wordt de prognose van de ruptura uteri in hoofdzaak beheerscht, terwijl de bloeding eerst in de tweede plaats in aanmerking komt. Na de operatie werden nog ± 500 cM^3. gesteril. zoutsolutie en kamferaether geinjicieerd.

De toestand, die zich in den beginne niet ongunstig liet aanzien, bleef helaas niet zoo. De pols bleef tusschen 100—120 schommelen, na den 5den dag ontwikkelde zich sterke meteorismus, welke niettegenstaande ruime ontlasting niet week, wel echter verminderde. Het braken, dat eerst was opgehouden, trad weer op om den 8sten en 9den dag weer te verdwijnen. De temperatuur bleef tusschen 36 en 37.8 schommelen om den 10den dag 38.2° te bereiken. Patiënt voelde zich matig ziek, had geen pijn, noch bij druk, noch spontaan. Zij was nu en dan in de war, niet te wijten aan jodoformintoxicatie, er was toch geen jodium in de urine aanwezig, wel veel eiwit. Het uiterlijk was wel vervallen doch geleek niet op dat van eene vrouw, die aan sepsis leed. De toestand werd onder de beschreven verschijnselen allengs minder, 10 dagen na de operatie exitus letalis, zonder dat het voor mij op het oogenblik duidelijk is waaraan deze patiënte is gesuccombeerd. Darmparalyse, sepsis, chloroformintoxicatie of alles samen, ziedaar verschillende mogelijkheden als oorzaak van den dood. Geen sectie verricht.

De voorzitter acht het wenschelijk om eerst dit geval te bespreken om daarna Dr. Meurer gelegenheid te geven tot het doen van zijne verdere mededeelingen.

Prof. Treub deelt, in aansluiting aan het door Dr. Meurer medegedeelde geval, de volgende door hem gedane, analoge waarneming mede.

In den nacht van 28 Januari werd eene voor de 13de maal zwangere vrouw van 38 jaren in de kliniek gebracht.

Haar mededeelingen, omtrent welker juistheid gerechtvaardigde twijfel bestaat, waren als volgt. Zij heeft 10 voldragen kinderen gebaard, daarna een kind van 7½ maand. De laatste zwangerschap is door een abortus van 4½ maand geëindigd. Zij meent nu

7 maanden zwanger te zijn. Voor vier weken is zij op straat uitgegleden en op haar zitvlak gevallen. Terwijl zij vóór dien tijd goed leven voelde, heeft zij dat sedert dien maar zwak waargenomen. Na dien val raakte zij nu en dan bloederig geel vocht kwijt. Op den avond van den 26sten Januari voelde zij, op straat loopende, plotseling iets naar rechts in den buik „verschieten" en had daarbij pijn in den buik. Sinds dat oogenblik voelt zij geen leven meer, raakt voortdurend wat bloed kwijt, braakt af en toe en meent koorts te hebben. In den nacht van hare komst in de kliniek was de bloeding erger geworden.

De vrouw koortste (38°,9), klaagde over onafgebroken pijn in den buik, die vooral bij druk rechts erger wordt. De bloeding was vrij aanzienlijk.

Toen ik de patiënte later in den morgen zag, waren er bij inspectie twee zwellingen in den buik waar te nemen. De eene, rechtszijdige, reikte van de symphysis tot ca. vier vingerbreedten boven den navel, de linker vulde de fossa iliaca op. Voor zoover de groote pijnlijkheid palpatie toeliet, kon worden waargenomen dat de rechtszijdige zwelling langwerpig van vorm en hard van consistentie, de linkszijdige rond en elastisch was. Geen kindsdeelen te voelen, noch harttonen te hooren.

Bij inwendig onderzoek blijkt de portio vaginalis geheel naar rechts verdrongen te zijn door het onderste gedeelte van den linker tumor, die klaarblijkelijk intraligamentair was en het grootste deel van het kleine bekken opvulde. Uit het voor een paar vingers toegankelijke ostium hingen coagula. Toen ik de patiënte zag was de bloeding, waartegen 's nachts een vaginaaltampon was aangewend, nog slechts gering.

Den rechtszijdigen tumor hield ik voor den zwangeren uterus, en behalve dat de linker tumor in den breeden band zat, was mij de aard dier zwelling geheel duister. Aan de mogelijkheid van uterusruptuur werd wel gedacht, doch ik meende die op grond der anamnese te mogen uitsluiten.

De vrouw werd genarcotiseerd en toen ik, vóór de reiniging, nog even den buik betastte, meende ik een oogenblik in den linkszijdigen tumor kindsdeelen te voelen. Ik zag echter van verdere palpatie af en verrichtte de laparotomie.

Daarbij bleek dat de rechtszijdige tumor inderdaad de uterus was. De andere tumor werd gevormd ten deele door een enorm haematoom van den linker breeden band, ten deele door den foetus, die door het sterk gerekte peritoneum heen schemerde. De voorste plaat van den breeden band scheurde, zoodra ik er met de hand aankwam. De opening werd manueel verwijd en allereerst de foetus verwij-

derd. Daarna werd de coagulummassa uit de diepte van den breeden band opgeschept.

De placenta zat nog stevig in den uterus vast en de linker uteruswand vertoonde onderaan een groote scheur, waardoor het kind naar buiten was gekomen.

De uterus werd supravaginaal geamputeerd, de stomp onder de elastieken ligatuur in de buikwond vastgehecht en de wijdgapende holte van den linker breeden band met jodoformgaas getamponneerd.

De stomp is nu grootendeels onder ettering afgestooten.

De getamponneerde holte is eveneens gaan etteren, zoodat drainage noodig geworden is. Patiënte blijft hoog koortsen, zoodat ik mij voorstel, als dit niet beter wordt, den verderen cervixrest per vaginam te verwijderen om den zak beter te kunnen laten leegloopen [1]).

De inspectie van den uterus leerde niets omtrent de oorzaak van deze abnormale ruptuur.

Toen ik den afgewasschen foetus nauwlettend bekeek, zag ik op den schedel even vóór de kleine fontanel een kleine ronde opening in de huid. De randen waren zwart en de omgeving vertoonde eenige oude sugillatie.

Eene incisie der schedelhuid midden over het wondje heen loopende deed nu zien, hoe de huid zich overal gemakkelijk van den schedel laat verwijderen, behalve op de plaats der kleine wond. Daar zijn stevige bindweefselverbindingen tot stand gekomen tusschen den beenigen schedel en de zachte bekleedselen, zooals ook nu nog aan het praeparaat te zien is.

De zaak is mij daardoor duidelijker geworden.

Er moet eene instrumentale verwonding van den schedel hebben plaats gehad reeds eenigen tijd geleden. Het kind is daarna blijven leven. Het eene, zoowel als het andere wordt bewezen door den vorm der wond en de aanwezige sporen van cicatrisatie.

Ik meen nu voldoenden grond te hebben om aan te nemen, dat de toedracht van zaken deze is.

De eerste „val" voor vier weken heeft niet op straat plaats gehad maar op den stoel van een of anderen abortus opwekker (of opwekster), die met eene sonde de vliezen gebroken en den schedel verwond heeft.

Het „verschieten" in den buik op den avond van 26 Januari is natuurlijk door de ruptuur veroorzaakt. Deze is echter ook niet op rekening van weeënwerkdadigheid te schrijven, anders ware de placenta ook wel uitgedreven en bovendien vermeldde de patiënte

---

[1]) Dit is den 17den Februari geschied. Patiënte is genezen ontslagen (Mei).

van voorafgaande weeën niets, en is het moeilijk aan te nemen dat zij met weeënpijn uit wandelen zou zijn gegaan. Ik vermoed dat op dien avond een tweede bezoek bij hetzelfde individu heeft plaats gehad en dat daarbij met de noodige kracht de uteruswand is geperforeerd en in de opening is rondgepookt. Op den terugweg naar huis is door het aldus gemaakte gat het kind uit den uterus gedreven.

Het mikroskopisch onderzoek van de randen der scheur heeft te dien opzichte niets geleerd. De echtgenoot, die mij betrouwbaar scheen, wist van niets en vond het goed dat ik, als zijn vrouw stierf, er een gerechtszaak van maakte.

De vrouw zelf heb ik nog slechts eenmaal in verhoor genomen, doch zij ontkent hardnekkig elke poging tot opwekking van abortus. Zij zal, naar ik hoop, genezen en dan zal ik haar voor haar vertrek nog eens krachtig de biecht afnemen.

Dr. Mendes de Leon wenscht naar aanleiding van het geval van Dr. Meurer er aan te herinneren dat men altijd leert en ziet dat in gevallen van uterusruptuur bij schedelligging het voorliggend deel, dat eerst gemakkelijk te bereiken was, na de ruptuur verdwenen is van den bekkeningang en dat meestal min of meer belangrijke bloeding wordt waargenomen.

In dit geval nu, waar Dr. Mendes de Leon eerst geroepen was om bij een voor den bekkenuitgang staanden schedel de forcipale extractie te verrichten, kon ook hij bij inwendig onderzoek laagstand van het hoofd en bovendien de aanwezigheid van hydrocephalus constateeren terwijl geen bloeding van eenige beteekenis bestond. Doch aan het uiterlijk der vrouw en daarna door middel van het uitwendig onderzoek herkende hij dat er een ruptura uteri bestond. In dit geval dus, bij dezen hydrocephalus met encephalocele, had zich het hoofd niet teruggetrokken. Later, toen Dr. Meurer haar zag, was dit wel het geval.

Prof. Treub is sedert jaren gewoon te doceeren, dat het voorliggend deel zich alleen terugtrekt, als het te voren boven den bekkeningang stond, en dat dit bij ingedaalden schedel niet geschiedt. Ruptura uteri bij ingedaalden schedel is niet zoo zeldzaam als men veelal denkt.

Dr. Stratz heeft indertijd te Berlijn een dergelijk geval gezien. Hij heeft toen de forcipale extractie verricht.

In Indië heeft Dr. Stratz in twee gevallen de patiënten onder dezelfde verschijnselen zien succombeeren als de patiënte van Dr. Meurer. Dr. Eykman, die het pathologisch-anatomisch en het bacteriologisch onderzoek verrichtte, vond het bloed lakkleurig, niet gestold, doch kon geen microben aantoonen. Toch gelooft

Dr. Stratz in dergelijke gevallen met sepsis, en met een zeer kwaadaardige sepsis, te doen te hebben. Een patiënte, bij welke perinaeorraphie was verricht, zag hij. na infectie door een Javaansche verpleegster, op dezelfde wijze te gronde gaan. Dergelijke gevallen komen waarschijnlijk meer voor dan men zou denken.

Dr. Pimentel wijst er Dr. Meurer op, dat hij twee malen een hydrocephalus na perforatie juist zoo gemakkelijk geëxtraheerd heeft.

Dr. Mendes de Leon acht het in ieder geval een groote uitzondering, dat bij laag staand hoofd ruptuur van den uterus optreedt.

Dr. Pimentel zag eens onder zijn oogen een ruptura uteri ontstaan, waarbij hij even later den schedel niet vaststaand meer, maar toch nog duidelijk op den bekkeningang vond.

Dr. Holleman zou willen vragen, of men in dergelijke gevallen als van Dr. Meurer en van Prof. Treub niet beter deed de totale abdominale uterus-exstirpatie te verrichten, om daarna het peritoneum geheel te kunnen sluiten.

Prof. Treub antwoordt hierop, dat dit afhangt van de bijzonderheden van ieder geval op zich zelf. Het sluiten van het peritoneum is echter bij een dergelijk gedecolleerd, gerekt buikvlies illusoir.

Dr. Meurer antwoordt aan den Heer Pimentel dat men in zijn geval geen goed houvast aan de beenstukken van den schedel zou hebben kunnen krijgen. Den heer Holleman antwoordt de spreker dat hij bij geïnfecteerde patiënten juist een contra-indicatie voor de totale abdominale exstirpatie met hechting van het buikvlies aanwezig acht.

Na afloop van deze discussie spreekt Dr. Meurer verder over twee door hem waargenomen gevallen van geïsoleerde contractie van den ring van Bandl.

Den 2den Paaschdag werd mijne hulp ingeroepen door eene vroedvrouw der Israelit. Gemeente, waaraan ik als verloskundige ben verbonden, teneinde hulp te verleenen bij eene X-pàra, waarbij volgens de vroedvrouw eene dwarsligging bestond met volkomen ontsluiting en staande vliezen. Verleden jaar had ik haar ook hulp verleend wegens eene voorhoofdsligging, die ik betrekkelijk gemakkelijk door druk tegen de beide oogkasranden, jukbeenderen enz. in aangezichtsligging heb kunnen veranderen, welke verder spontaan verliep. Thans vond ik het volgende:

De buik was sterk uitgezet, de fundus uteri stond zeer hoog, de krachtige weeën volgden elkaar snel op, ongeveer om de 2 minuten, van een contractiering was niets te zien of te voelen. In den fundus vond ik een groot deel, daarentegen was noch boven den ingang noch op een der darmbeenderen een groot deel te voelen, evenmin

kon ik ergens kleine deelen vinden. Dit uitwendig onderzoek, zeer bemoeielijkt door de snel elkaar opvolgende weeën, aangevuld door de auscultatie, waarbij ik de harttonen het duidelijkst links van de linea alba, ter hoogte en dicht bij den navel en in normale frequentie hoorde, maakte mij niet veel wijzer. Tegen eene lengteligging toch pleitte de afwezigheid van een groot deel op of in de nabijheid van den bekkeningang, tegen eene dwarsligging de aanwezigheid van een groot deel in den fundus.

Het inwendig onderzoek, dat ik met de rechter hand verrichtte, leerde mij dat de ontsluiting volkomen was, de vochtblaas stond en bij elke wee diep in de vagina uitpuilde. Van een voorliggend deel kon ik zoolang de vliezen stonden, zelfs bij hoog opdringen der vingers buiten eene wee niets ontdekken, zoodat ik evenals ook de vroedvrouw met eene dwarsligging meende te doen te hebben, al pleitte het uitwendig onderzoek daar gedeeltelijk tegen. Op grond dezer diagnose ging ik over tot de keering, ik brak de vliezen en tot mijne groote verbazing vond ik vrij hoog het hoofd, dat vóórlag doch liggende *op den contractiering*. Dat dit de ring van Bandl was, was af te leiden uit den toestand der baarmoeder boven deze plek en den afstand van het ost. ext. tot deze vernauwde plaats. Het hoofd was blijkbaar te groot om door deze ± 8 cM. wijde opening te worden geperst. Ik wachtte thans nog eenige weeën af, liet de vrouw daarbij flink meepersen in de hoop dat het hoofd door deze strictuur zou worden gedreven. Het effect controleerde ik met de inwendige hand, doch ook aan de vereende krachten mocht het niet gelukken, dit te bewerkstelligen, zij het dan ook, dat ik slechts 2 weliswaar zeer krachtige weeën afwachtte.

Daar het hoofd boven den ring bleef staan, ging ik over tot de keering op den voet, waarbij mij bleek *dat het corpus uteri niet was samengetrokken* en ik met de verkeerde hand was ingegaan. De keering was daardoor en ook omdat ik zoo hoog moest opdringen vrij lastig, het gelukte mij echter een goed voldragen, tamelijk krachtig ontwikkeld, licht asphyctisch kind te ontwikkelen, dat spoedig bijkwam. De placenta volgde op de gewone wijze, het kraambed verliep normaal.

Een tweede, zeer schoon geval van geïsoleerde samentrekking van den contractiering, zonder dat het corpus uteri daarin deelde, nam ik zeer onlangs waar in de kweekschool voor vroedvrouwen. Ik was in de gelegenheid deze inderdaad zeer zeldzame afwijking aan eenige andere verloskundigen te laten zien, waaronder Prof. Treub, die het geheel met de diagnose eens was.

Patiënte, een vrouw van 20 j., I-para, kwam 22 Januari des morgens 2½ uur in de kweekschool met alle teekenen van begin-

nende baring. Volgens het onderzoek der vroedvrouw in de inrichting was reeds op dat uur de toestand geheel dezelfde als $6^1/_2$ uur later, toen ik de school bezocht, behoudens de ontsluiting, die toen slechts 1 cM. bedroeg. Ik vond dan het volgende. De buik was, vooral ter navelhoogte, zeer sterk uitgezet, de buik bereikte daar zijn grootste hoogte. Aan den rechter kant van den uterus was een zwelling te zien, welke zich van boven de rechter liesplooi ongeveer tot navelhoogte uitstrekte en aldaar in den uterus overging, en aangezien de buikwand zeer dun was, kon men nu en dan zeer duidelijk zien, dat deze zwelling teweeggebracht werd door sterk gevulde vaten, den sterk gevulden plexus pampiniformis dus. Hoe ik over het ontstaan dezer eigenaardige zwelling denk, zal nog later blijken. Bij verdere bezichtiging viel behalve het buitengewoon groot aantal striemen ook nog een gleuf op, ongeveer handbreed onder den navel in horizontale richting zich uitstrekkend, die goed waarneembaar was *bij volkomen slapte van den uterus*, maar vooral duidelijk werd bij elke samentrekking. Het was duidelijk, dat deze zichtbare gleuf de plaats voorstelde waar zich de contractiering bevond, hetgeen ook later bleek bij nader onderzoek door palpatie. Bij betasting van den buik, die onder lichte narcose plaats vond, werd links boven naast den navel een groot ballotteerend deel gevoeld, het hoofd, vóór was geen meerdere weerstand te voelen en tusschen den contractiering en de symphyse kon de hand tot op de wervelkolom doordringen. Onder den contractiering was dus niets van de vrucht of hoogstens een voetje, het kind lag dus in zijn geheel er boven. De rug van het kind lag naar achteren, en aangezien het hoofd van het kind boven ietwat naar links lag, moest de stuit beneden boven den contractiering en naar rechts gelegen zijn. Deze diagnose bleek later ook de juiste te zijn. De stuit drukte daarbij op de afvoerende vaten, met name bij elke uteruscontractie, vandaar de zwelling van den plexus pampiniformis rechts. De ligamenta rotunda waren gemakkelijk door te voelen, waren niet sterk gespannen, evenmin bestonden er andere verschijnselen van sterke rekking van het onderste gedeelte van den uterus.

Bij inwendig onderzoek bleek dat de ontsluiting ongeveer 5 cM. bedroeg; daarbij viel op, dat de vochtblaas laag stond en sterk uitpuilde in de vagina. Van kindsdeelen heb ik bij dit onderzoek niets kunnen voelen, al liet de vochtblaas in de weeënpause een vrij hoog opdringen toe; wel vertelde mij de ervaren vroedvrouw dat zij een voetje had gevoeld, dat zich weer terugtrok. Dit zal wel zoo geweest zijn en is dan ook zeer goed mogelijk.

De diagnose was duidelijk, er bestond hier een voortdurende contractie van den ring van Bandl, die de oorzaak was dat de stuit

niet dieper kon komen, terwijl alleen gedurende eene wee ook het corpus uteri was samengetrokken. Het bekken was geheel normaal.

Ik besloot voorloopig rustig af te wachten, daar er geen enkele reden was om iets te doen. (Ondertusschen werden eenige photographische opnamen gedaan, waarvan hier eene gereproduceerd wordt).



De weeën keerden geregeld terug, gepaard met matige pijnlijkheid, ongeveer om de 5 min., en 5 uur later onderzoekende vond ik volkomen ontsluiting, de vochtblaas sterk uitpuilend, in de vochtblaas een voetje, en den contractiering nog wat hooger zonder teekenen van abnormaal sterke rekking. Na het onderzoek braken plotseling de vliezen en het water spoot met groote kracht en in groote hoeveelheid er uit, waarbij een voetje een oogenblik zichtbaar werd. Onmiddellijk werd narcose ingeleid en ging ik over tot onderzoek met de halve hand. Hoog boven, daar waar uitwendig de contractiering was te voelen, constateerde ik een inspringenden rand, die een vernauwing vormde zoodanig, dat mijne uit elkaar gespreide wijs- en middelvingers de randen konden bereiken, d. w. z. de ring had een diameter van 6 à 7 cM. Boven dezen ring lag de stuit, en zeer gemakkelijk ook was te voelen, dat het corpus uteri buiten een wee slap was. Er bestond dus thans geen twijfel meer, dat hier een geisoleerde contractie van den ring van Bandl bestond, die zich dus gedurende het 1ste stadium van den partus had ontwikkeld en aanleiding had gegeven tot den hoogstand van de stuit. Dat het het niet voldoende ontsloten ostium internum zou geweest zijn en niet de contractiering, was reeds door het eerste onderzoek uit te sluiten: een stand van het ost. intern. handbreed boven de symphyse komt niet voor; daarenboven was het inwendig onderzoek absoluut bewijzend, aangezien onder den ring, het slappe en dunne onderste uterusgedeelte, er boven een veel dikkere, overal even stevige, zij het dan ook in een weeënpause slappe, uteruswand aanwezig was. Ik weidde hier

ter plaatse nog eenigszins uitvoerig over deze afwijking uit, daar Prof. Veit in de pas verschenen aflevering van den Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, in een publicatie over de contractie van den ring van Bandl, op blz. 407 de geïsoleerde samentrekking van den contractiering ontkent, en zegt, dat deze steeds gepaard gaat met contractie van het geheele corpus uteri. Ik meen uit deze beide zeer duidelijke gevallen het recht te hebben deze uitspraak van Veit te ontkennen.

De behandeling was als volgt. Langer afwachten durfde ik niet, aangezien ik bevreesd was, dat de contractiering zich hoe langer zoo meer zou samentrekken en daardoor later tot grooter moeielijkheden aanleiding zou geven. Ik ging daarom, na inleiding van diepe narcose, over tot de extractie aan den voet, die uitgezakt was. Ik meende het in dit geval wel zonder voorafgaande dilatatie te kunnen wagen. Het eerste gedeelte der extractie ging nog al lastig, doch dit was natuurlijk van geen beteekenis. Het was duidelijk te zien, hoe krachtig de contractiering nog om het kind sloot, daar de uitwendig gemakkelijk te constateeren ring bij het naar beneden trekken van het kind van tijd tot tijd een goed stuk mee naar beneden werd getrokken, zoodat de afstand tusschen dezen en de symphyse belangrijk kleiner werd. Toen de achterste heup geboren was, ging de extractie zonder veel moeite, daar de schouders den ring hadden gepasseerd. De armen waren weliswaar opgeslagen, doch deze veroorzaakten evenmin als het hoofd eenige belangrijke moeielijkheid bij de ontwikkeling. Het kind was licht asphyctisch en kwam spoedig bij, het woog 4100 gr., was 52 cM. lang, had een heupbreedte van 10 cM. en meer dan normaal groot hoofd, getuige de omtrekken, die resp. 39, 37 en 33 cM. bedroegen.

Onmiddellijk na de geboorte van het kind onderzocht ik nog eens, doch kon toen geen geisoleerde contractie meer constateeren. De placenta volgde spoedig, de ruptuur van den 2[den] graad die was ontstaan werd gehecht, alles verliep verder geheel normaal.

De zooeven medegedeelde waarnemingen, waarbij dus het geheele kind boven den *samengetrokken contractiering* is gelegen en daardoor wordt tegengehouden, *terwijl het corpus uteri in niet gecontraheerden toestand verkeert*, moeten tot de zeer zeldzame gerekend worden. Indien men althans de litteratuur over dit onderwerp naslaat, dan vindt men slechts weinige dergelijke gevallen vermeld, die ik ook wegens andere bijzonderheden, welke zich hierbij voordeden, in het kort nog wil mededeelen.

Eene daarvan wordt beschreven in een Thèse van B. L. Degos. Eene 28jarige II-para werd opgenomen in de kliniek van Prof. Lefour en aldaar behandeld door Dr. Gibert. De vrouw ver-

toonde gedurende de graviditeit niets bijzonders, het bekken was normaal. Toen zij in partu kwam, begon zij te vloeien, hetgeen door heete irrigaties werd bestreden. De vochtblaas brak bij geringe ontsluiting, en bij onderzoek na het afloopen van het vruchtwater vond men boven het ostium intern. den sterk samengetrokken contractiering en daarboven het hoofd, echter geen placentaweefsel. Daar de bloeding niet ophield werd een ballon van Champetier de Ribes, groot model, ingebracht boven den contractiering. De toestand bleef dezelfde, waarop men overging tot toediening van chloroform en tractie aan den ballon, zoodat deze na een half uur werd uitgedreven. Vervolgens werd de forceps aangelegd aan het boven den ingang staande hoofd en een levend kind geëxtraheerd, dat echter na 4 dagen aan eene aspiratie-pneumonie succombeerde. De vrouw genas, na eenige keeren temperatuursverhooging te hebben gehad.

Een andere analoge waarneming deed eveneens Gibert. In dit geval was echter het kind in dwarsligging gelegen *boven* den 4 cM. wijden contractiering, terwijl de ontsluiting volkomen was en de vliezen stonden. In narcose gelukte het, dezen ring zoo ver te dilateeren, dat de hand in den uterus kon opdringen en de keering kon worden gedaan. De extractie echter veroorzaakte nog vele moeilijkheden, tengevolge van de onvoldoende verwijding van den contractiering. Eerst bleek de stuit + de opgeslagen voet te volumineus te zijn om door de strictuur te komen, dit gelukte eerst nadat de ring over deze deelen was heengeschoven, ook het hoofd werd tegengehouden doch ook dit ten slotte ontwikkeld. Het kind was schijndood, doch kwam spoedig bij.

In de Société d'obstétrique de Paris deelde Budin o. a. de volgende waarneming mede. Bij eene II-para, waarbij het kind in schedelligging lag, vond hij bij volkomen ontsluiting en staande vliezen het hoofd nog hoog staan. Hij brak de vliezen en 5 minuten later onderzoekende vond hij den hals weer gecollabeerd en boven het ostium internum een sterk gespannen, nauwen ring, waarboven het hoofd. Na 2 dagen wachtens gedurende welken tijd de zoo even beschreven toestand dezelfde bleef, begon de vrouw te koortsen en besloot hij den partus te termineeren, niettegenstaande de diameter van den contractiering slechts 3—4 cM. bedroeg. Onder narcose legde hij de forceps van Tarnier aan, driemaal gleed deze af. Daar het kind dood was ging hij over tot perforatie en extractie. Eene andere geheel daarop gelijkende waarneming deed hij bij eene III-para, die in de 8ste maand in partu kwam. Therapie en resultaat evenals in het voorgaande geval

Ook Brindeau nam die eigenaardigheid van den contractiering waar, bij zijne patiënte lag het kind echter in stuitligging. Bij

volkomen ontsluiting brak hij de vliezen en de opdringende vinger ontmoette boven het ostium internum een samengetrokken ring van 4 cM. wijdte ongeveer, die het indalen van den stuit tegen ging. Daarbij bestond nog een zoo groote beweeglijkheid, dat deze stuitligging in dwarsligging veranderde. Hij gaf chloroform waarop hij den ring zonder moeite zoo ver kon verwijden, dat eene gemakkelijke keering en uithaling kon volgen.

Demelin eindelijk heeft dezen invloed eveneens eenige malen waargenomen; eens lag het kind in schedelligging, eens in dwarsligging.

Te vergeefs heb ik de Duitsche litteratuur nageslagen; gevallen als de zooeven aangehaalde heb ik daar nergens kunnen vinden, integendeel het bestaan dezer afwijking wordt ontkend.

Indien wij het geringe aantal gepubliceerde gevallen doorlezen, bemerken wij dat er bijna even zoo vele wijzen van behandeling zijn toegepast, als er waarnemers van deze afwijking zijn. Budin b.v., die 2 dergelijke observaties deed, trachtte het kind, dat zich in schedelligging boven den 4 cM. wijden ring bevond, forcipaal te extraheeren *zonder* voorafgaande dilatatie. Gibert daarentegen dilateerde eerst den zeer nauwen ring door in narcose aan den boven de strictuur gebrachten ballon van Champetier de Ribes tractie uit te oefenen. Nadat de ballon was uitgedreven, legde hij een hooge tang aan en extraheerde een levend kind. Ik zelf paste de eene maal versie en extractie toe buiten narcose en zonder voorafgaande dilatatie, omdat dit laatste ook niet noodig was, de andere maal diepe narcose en extractie zonder voorafgegane verwijding der niet zeer nauwe strictuur.

De beide gevallen, waarin het kind in dwarsligging was gelegen boven den ring, waargenomen door Brindeau en Gibert, werden op dezelfde wijze behandeld, namelijk door eerst de vernauwing te dilateeren en daarna te keeren en uit te halen.

Welke zal nu van genoemde behandelingsmethoden de meest rationeele zijn? Alle tot deze rubriek behoorende gevallen hebben dit eigenaardige, dat de contractiering zeer nauw was, nl. ± 4 cM., behalve in mijne observaties, waar de diameter van den ring resp. 6—7 cM. bedroeg. Het is duidelijk dat men, hoe het kind ook is gelegen, alvorens men tot de uithaling daarvan overgaat, deze nauwe opening voldoende moet dilateeren. Gesteld toch dat men na het kind *boven* dezen ring te hebben gekeerd, hetgeen natuurlijk wel bij een zoo sterke strictuur mogelijk is zonder voorafgaande dilatatie, overgaat tot de uithaling, wat zal er dan hoogstwaarschijnlijk, ja zeker wel gebeuren? De extractie van den romp zal geen moeite opleveren, het langzamerhand in omvang toenemende kind zorgt

voldoende voor het verwijden van den ring, doch indien de ellebogen aan de beurt zijn om door den ring te worden getrokken zullen zij worden tegengehouden en de armen zullen dus opslaan. Het behoeft geen betoog dat de ontwikkeling daarvan tijd, soms veel tijd kost; ondertusschen zijn de schouders er doorgekomen en nu bevindt zich de hals in den ring. Deze, die in korten tijd zoo sterk gerekt is, dat hij van 4 cM. geworden is tot eene wijdte dat de schouders er door zijn gegaan, zal na ophouden der dilateerende kracht, zich dan hoogstwaarschijnlijk terstond weer retraheeren en zich dus nauw om het zooveel minder volumineuse deel, den hals, leggen. Voordat men er nu in geslaagd zal zijn om deze moeilijkheden te overwinnen, zal het kind hoogst waarschijnlijk wel zijn gesuccombeerd.

Verder passe men *diepe* narcose toe, aangezien deze het krachtigste middel is de zoo sterk samengetrokken spier tot verslapping te brengen en de pogingen tot dilatatie te ondersteunen. De dilatatie beproeve men het eerst met de hand; met deze zal men waarschijnlijk wel slagen, gaat dit niet, dan eerst zal men er toe overgaan b.v. een goed gedesinfecteerden ballon in te brengen. Tegen het principieel invoeren daarvan moge wel het argument, dat deze zoo moeilijk aseptisch is te houden of te maken, voldoende zijn.

Ligt het kind in schedelligging, dan is de beste kunsthulp om den partus te termineeren zeker wel de versie en extractie. Een der argumenten toch, die er toe geleid hebben bij vernauwde bekkens aan de keering en uithaling de voorkeur te geven boven de hooge tang, geldt ook in deze gevallen. Ook na de dilatatie toch bestaat er nog altijd eene vernauwing, waardoor een kind met nakomend hoofd gemakkelijker zal geboren worden dan wanneer het voorliggende hoofd + de tang, er door moet gaan. Is men bedreven in het aanleggen der hooge tang, zooals de volgelingen der Fransche school zijn, is de strictuur van te voren flink verwijd, dan bestaat ook tegen het aanleggen der hooge tang m. i. geen steekhoudend bezwaar, indien althans het bekken normaal is. De wijze echter waarop Budin te werk ging in zijne gevallen, die het hoofd door middel van de tang *zonder voorafgaande opheffing der strictuur* trachtte te ontwikkelen, is zonder twijfel sterk af te keuren. Hij slaagde dan ook begrijpelijkerwijze niet, en moest het kind perforeeren.

Dat in die gevallen, waarin het kind in dwarsligging of stuitligging is gelegen, versie resp. afhalen van een voet en extractie, de eenige en rationeele behandeling is, daarover zal een ieder het wel eens zijn.

De mogelijkheid eindelijk, dat men niet er in slaagt de moeilijk-

heden, die zich bij een bestaande sterke samentrekking van den contractiering kunnen voordoen, uit den weg te ruimen, is ook niet uit het oog te verliezen. Zonder twijfel zal men er dan over denken, om bij bestaande gunstige omstandigheden — aseptische toestand der genitalia interna, voldoende assistentie, geschikte gelegenheid om te opereeren — de sectio caesarea toe te passen, evenals men dit zou doen, wanneer men te doen heeft met een zeer sterke rekking van het onderste uterussegment, hoogstaanden schedel en een levend kind.

Na de voordracht van den heer Meurer wordt op voorstel van den voorzitter, die een lange en belangrijke discussie verwacht, besloten om deze, met het oog op het vergevorderde uur, tot de volgende vergadering te verdagen.

Ook de mededeeling van Dr. Pompe van Meerdervoort wordt uitgesteld, waarna de vergadering gesloten wordt.

Vergadering van Zondag 11 Maart 1900.

Voorzitter: Prof. Treub.

Secretaresse: Dr. Catharine van Tussenbroek.

Nadat de notulen der vorige vergadering zijn goedgekeurd, wordt de discussie over de door Dr. Meurer in de vorige vergadering medegedeelde gevallen van geïsoleerde contractie van den ring van Bandl, door den voorzitter geopend met de voorlezing van het volgende schrijven van Prof. Nijhoff:

Daar ik verhinderd ben ter vergadering te verschijnen en er toch prijs op stel mijne meening te uiten over de gevallen van „geïsoleerde samentrekking van den ring van Bandl" door Dr. Meurer in de Februari-vergadering en in het Februari-nummer der Geneeskundige Bladen medegedeeld, neem ik de vrijheid mijne opmerkingen schriftelijk aan de vergadering mede te deelen.

Ik kan van de eerste vier gevallen door Dr. Meurer medegedeeld het eerste, derde en vierde niet beschouwen als een bewijs dat daarbij het baarmoederlichaam niet verkeerde in den toestand dien de een retractie, de ander contractie noemt, daar in het eerste geval al sinds acht dagen, in het derde geval al sinds twee dagen, in het vierde geval (een dwarsligging bij een IX-para) in ieder geval eenige uren na het breken der vliezen waren verloopen. Dat bij contractie (retractie) van het baarmoederlichaam de contractie-ring naar binnen uitpuilt, is toch niets vreemds en wordt wel door niemand ontkend.

Het tweede geval (p. 6) doet twijfelen, of men hier wel met den contractie-ring te doen had; was het niet de inwendige baarmoedermond?

De cadavercoupe van Freeland Barbour kan niets bewijzen; dat contractie-verschijnselen in het cadaver als zoodanig blijven bestaan is moeilijk denkbaar, maar bovendien is hier het geheele corpus uteri verdikt en sterk om de vrucht aansluitend, zoodat het niets bewijst voor een geïsoleerde samentrekking van den contractie-ring. Ook de opmerking die von Herff maakt, dat in de figuur boven de aanhechting der placenta en aan de overzijde daarvan een dergelijke wandverdikking bestaat (op de afbeelding in Barbour's atlas is dit nog duidelijker dan in de figuren die Budin er van geeft) maakt de beteekenis van de insnoering als contractie-ring veel geringer.

Het geval-Treub bij de Sectio caesarea bewijst dat onder deze bijzondere omstandigheden een samentrekking van den contractie-ring bestond, en wanneer hij bij de operatie slapheid van het corpus uteri constateerde, is het bestaan der geïsoleerde contractie hier onweerlegbaar bewezen. Toch geloof ik, dat Treub zelf huiverig moet zijn, om hetgeen geschiedt na een Sectio caesarea over één kam te scheren met hetgeen de niet geïncideerde en niet locaal geïrriteerde uterus kan doen.

Eveneens schijnt het laatst gepubliceerde geval van Dr. Meurer tegen kritiek bestand. Toch mag hier gevraagd worden, daar de contractie-ring *vooral* goed zichtbaar was bij een uterus-contractie, of vrij sterke retractie van het corpus uteri buiten een wee wel geheel is uittesluiten, en is het vreemd dat ook in diepe narcose de ring niet verdween.

Het komt mij voor, dat de verschijnselen, vooral ook het geval van Treub door Meurer op p. 11 en 12 vermeld, het best kunnen worden verklaard zooals Démelin dit doet (l'Obstétrique 15 Janv. 1898) door aan te nemen een sterke retractie van het corpus uteri boven den contractiering. Hiervoor is eisch, dat het vruchtwater *uit het corpus uteri* kan wegvloeien, en dit zal kunnen gebeuren: 1°. bij het breken der vliezen bij hoogstaand hoofd, afgeweken hoofd of normale houding, dwarsligging, bekkenvernauwing enz.; 2°. *wanneer zich kan vormen een sterk uitpuilende vochtblaas* (geval van Treub); 3°. *wanneer het onderste baarmoedersegment bijzonder rekbaar is.*

Het wil mij voorkomen, alsof op deze wijze bijna alles voldoende kan worden verklaard, en dat men niet een geïsoleerde contractie van den ring van Bandl mag aannemen, tenzij men absoluut zeker kan getuigen, dat het corpus uteri volmaakt slap is.

Ik mag er wel even op wijzen, dat in het referaat van de Thèse

van Chéron in l'Obstétrique van 15 Mars 1899, terwijl zoowel these als referaat onder de auspiciën van Budin zijn gemaakt, uitdrukkelijk wordt gezegd: La rétraction isolée de l'anneau de Bandl est un phénomène qui n'est point démontré par les faits cliniques, elle est toujours accompagnée par la rétraction du corps utérin.

Ook de heer Kouwer kan zich niet geheel bij de voorstelling van Dr. Meurer aansluiten. Zijne opvatting is in strijd met wat wij van de vorming van het onderste uterus-segment en van den contractie-ring als vaststaand aannemen. Het komt hem voor, dat eene onjuistheid in de waarneming niet uitgesloten is. Een geisoleerde samentrekking van den contractie-ring was niet te constateeren door uitwendig onderzoek alléén; de gleuf, die voor contractie-ring imponeerde, zou de bovenste contour kunnen geweest zijn van 't hoofd. Bij inwendig onderzoek kan men wèl de aanwezigheid van een gecontraheerden ring van Bandl constateeren, maar eerst als de weerstand van dezen gebroken is, kan men zich van den toestand van 't corpus uteri overtuigen. Vindt men dit slap, dan bewijst dit geenszins dat er tijdens de pogingen om den ring van Bandl te passeeren geen contractie van 't geheele baarmoederlichaam bestond. Spreker meent dus, dat deze zaak nog niet met volle zekerheid is uitgemaakt.

Dr. Barnouw is ook niet overtuigd van de mogelijkheid van het bestaan van den Bandl'schen ring bij niet gecontraheerd corpus uteri. Hij heeft nooit in zijn praktijk den B.-ring bij lengteligging gezien. Wel herinnert hij zich uit het laatste jaar twee gevallen, waarin misschien van het bestaan van een B.-ring kan worden gesproken. 't Waren gevallen van retentio placentae na normalen partus. In het eene geval bleef de uterus zeer hoog staan. Bij geen van beide ontstond eenig bloedverlies, en toen de nageboorte, in het eene geval na 40 min., in het andere na bijna 1½ uur wachten met de hand werd verwijderd, moest spreker door een vrij stevigen ring heendringen, dien hij voor het ostium int. hield, doch die misschien wel de B.-ring kan zijn geweest. In den regel toch vindt men bij retentio placentae spasmus van het ost. int., een verslapt corpus uteri en haemorrhagie.

Mej. van Tussenbroek herinnert zich uit haar praktijk een geval van hoogstaanden contractie-ring bij schedelligging. De vrouw was een primipara van 45 jaar; rigiditeit van de weeke deelen was oorzaak, dat de ontsluiting ondanks goede weeën, uiterst langzaam vorderde. Toen de partus 2 × 24 uur had geduurd, was de stand van zaken als volgt: hoofd in de holte, ontsluiting 7 à 8 cM., gebroken vliezen, beginnend oedeem van de voorlip, contractie-ring duidelijk te zien en te voelen een paar vingerbreedten onder den

navel. De weeën waren krachtig en regelmatig, in de pauzen bleef de ring van Bandl gespannen, terwijl het corpus daarboven zoo slap was, dat de kindsdeelen duidelijk konden worden gevoeld. Tijdens de weeënpauze bestond hier dus wel degelijk een geïsoleerde contractie van den Bandl'schen ring.

De heer Holleman wenscht de vraag te stellen hoe Dr. Meurer een hoogen stand van den contractie-ring verklaart, als er geen voorliggend deel is. Volgens de gewone opvatting verschuift de grens tusschen het gedeelte van den uterus dat zich contraheert en het gedeelte dat gerekt wordt naar boven, tengevolge van den weerstand dien het voorliggend deel bij zijn pogen tot dieper dalen ondervindt. Waar het voorliggend deel en daarmede die weerstand ontbreekt, kan hij zich het mechanisme van het stijgen van den contractie-ring niet denken.

De heer Treub zegt, dat de term „geïsoleerde contractie van den ring van Bandl" misschien minder gelukkig gekozen is. De vorming van een duidelijken contractie-ring komt alléén onder invloed van baarmoedercontracties tot stand. De vraag is, of de contractietoestand van den ring blijft bestaan, wanneer het corpus uteri tijdelijk verslapt. In het laatste geval van Dr. Meurer was dit stellig het geval. Waar men bij lengte-liggingen een duidelijk zichtbaren en voelbaren contractie-ring waarneemt, ziet men altijd dat die ring ook buiten de weeën blijft bestaan. Als de heer Barnouw meent, dat hij nooit een duidelijken contractie-ring bij lengteligging heeft gezien, dan speelt zijn memorie hem parten, want hij heeft indertijd de Sectio Caesarea bijgewoond, door van der Meij in de vergadering der Gyn. Vereeniging verricht, waar bij een schedelligging de contractie-ring zoo sterke compressie op het kind had uitgeoefend, dat de ééne arm een roode streep, en de andere een streep drukgangraen vertoonde. Wat het geval van S. C. betreft, door spreker zelf medegedeeld, waarbij de contractie-ring na de operatie zóó sterk gespannen bleef, dat er naast twee ingevoerde vingers geen korentang doorheen kon worden gebracht, spreker is het volkomen met den heer Nijhoff eens, dat dit geval niet op ééne lijn gesteld mag worden met gevallen, waar niet chirurgisch is ingegrepen; met dien verstande echter, dat hier bij den doorgesneden en gehechten contractie-ring de condities voor geïsoleerde contractie veel slechter waren, dan in gewone omstandigheden. Prof. Kouwer heeft gezegd, dat de slapte van 't corpus uteri door de inwendige hand eerst kan worden geconstateerd, als die hand door den contractie-ring heen is gedrongen, en wijst op de mogelijkheid, dat het baarmoederlichaam eerst is verslapt op het oogenblik, dat de contractie-ring het opgaf. Spreker komt hier tegen op.

Wie veel versies bij schedelligging heeft gedaan, weet, dat niet zelden, wanneer de hand met uitermate veel moeite den contractiering heeft gepasseerd, de pols zoodanig beklemd wordt tusschen den ring en de vrucht, dat de versie moet worden opgegeven, ofschoon de hand zelve in het slappe baarmoederlichaam niet in haar beweging is belemmerd. Daarnaast komt het dikwijls voor, dat men de hand wel door den contractie-ring krijgt, maar den kop niet.

De door Dr. Meurer medegedeelde gevallen zijn curiosa; dat het geheele kind boven den contractie-ring blijft staan, en de vochtblaas de rekking van 't onderste uterusssegment bewerkt, is zeker zeldzaam. De groote beteekenis der mededeeling van Dr. Meurer schuilt dan ook niet in de geïsoleerde contractie van den ring van Bandl, maar wèl in de klinische beteekenis, die de contractie-ring hebben kan èn bij spontane baring, en bij de forcipale extractie, maar vooral bij de versie.

De heer Meurer zegt in zijn repliek, dat Prof. Nijhoff te veel nadruk legt op de eerste vier in zijn geneeskundig blad medegedeelde gevallen, waarin de contractie-ring niet geïsoleerd, maar alléén in sterkere mate dan het corpus uteri was samengetrokken; de twee laatste gevallen, dezelfde die hij hier in de vergadering ter sprake bracht, zijn wel degelijk bewijzend, daar in het ééne geval de schedel, in het andere de stuit niet kon indalen ten gevolge van de contractie van den ring van Bandl. Hij stemt Prof. Kouwer toe, dat het uitwendig onderzoek alléen niet bewijzend was; doch het werd door 't inwendig onderzoek aangevuld en bevestigd. In het geval van stuitligging was de diagnose zonder moeite te stellen. Wat de vraag van Dr. Holleman betreft omtrent het stijgen van den contractie-ring, de heer Meurer meent, dat het voorliggend deel daar weinig mee heeft te maken; door de uteruscontracties trekt het actieve deel van de spier zich om zijn inhoud naar boven. Spreker heeft met zijne mededeelingen inderdaad bedoeld, nadruk te leggen op de klinische beteekenis van den contractie-ring; daartoe strekten ook de gevallen, die hij medegedeeld heeft uit de literatuur. Het komt hem echter voor, dat de naam geïsoleerde contractie van den ring van Bandl niet onjuist gekozen was, bepaaldelijk met het oog op de twee laatste gevallen.

De heer Ligterink herinnert zich een geval van manueele verwijdering van de nageboorte, dat in hetzelfde kader past. De vrouw was vóór 36 uren bevallen. en ondanks warme baden en opiaten bleef de uitstooting der placenta achterwege. Spreker vond den uterus matig samengetrokken. Bij inwendig onderzoek was het ost. ext. ruim geopend en gaf toegang tot een slappen zak; daarboven was een ring, die slechts één vinger liet passeeren. Ook in

narkose was er geen mogelijkheid om door den ring heen te komen. Toen er echter door 't naar achteren zinken van de tong stoornis in de ademhaling ontstond, en de vrouw in agone scheen, verslapte plotseling de weerstand, zoodat de hand nu gemakkelijk naar binnen gevoerd, en de losliggende placenta verwijderd kon worden.

De heer Selhorst vraagt of wij ons niet wagen op een verkeerd terrein, door de appreciatie van den B.-ring als primaire oorzaak der niet normale indaling van het voorliggend deel. Hij vreest dat de obstetrici, dit doende, en niet beschouwende den B.-ring als een gevolg van dystocie, gevaar loopen te vervallen in dezelfde fout als de bacteriologen. De baring vordert niet zonder dat het ons mogelijk is dit voldoende te verklaren, we vinden hier of daar een meer dan elders uitgedrukte ringvormige contractie, verklaren deze als te zijn een B.-ring en de zaak is klaar. Om nu sterkere insnoering te voorkomen, wordt spoedig besloten tot operatieve therapie. En hierin ligt, volgens spreker, gevaar. Wat geschiedt bij de baring? De baarmoeder wil zich verkleinen en wel overwegend in hare lengteas, tengevolge van het overwegend aantal in die as gelegen spierbundels en met het doel om de vrucht uit te drijven. Gelukt dit doel niet om een of andere dystocie (doch *nooit* om den B.-ring) van bekken of vrucht etc., dan tracht zij zich te verkleinen in aan de lengteas tegenovergestelde richtingen en de B.-ring ontstaat. De baarmoeder is tot die werking in staat door het bezit van circulaire spierbundels. De Bandl'sche ring treedt derhalve niet op, dan wanneer reeds krachtige spierwerking in de lengteas heeft plaats gehad. Bij *staande vliezen* kan hij zich dus hoogst moeilijk het tot stand komen van den ring voorstellen en dan nog nooit als een pathologisch primair optredend verschijnsel, dat kunsthulp indiceert, zooals wel wordt vermeld.

Prof. Treub zegt, dat de heer Selhorst tegen windmolens vecht. Dat de ring van Bandl het primaire is, heeft niemand beweerd. De vergelijking tusschen obstetrici en bacteriologen gaat niet op, en wijst op begripsverwarring. Wanneer men zegt: er is een contractie-ring, dan is daarmede niets abnormaals geconstateerd. Bij iedere baring ontwikkelt zich een duidelijke grens tusschen het gedeelte van den uterus, dat zich contraheert, en het gedeelte dat gerekt wordt Wanneer het onderste deel van de baarmoeder zich abnormaal gemakkelijk laat rekken, dan kan daardoor, òf gevaar voor verscheuring, òf belemmering van den partus ontstaan. Men kan dit waarnemen niet bij primigravidae, maar bij vrouwen met matig vernauwd bekken, bij wie reeds vroeger het onderste uterussegment is gerekt. Niemand zal daarbij den contractie-ring het primaire noemen.

De heer Selhorst repliceert, dat hij zoo vrij is voorloopig nog in dezen van meening te verschillen met den heer Treub, en verwijst verder naar het door hem gesprokene.

De heer Schoenmaker is niet tevreden met het antwoord dat de heer Meurer op de bedenking van Dr. Holleman gaf. Ook hem is het stijgen van den contractie-ring niet duidelijk als het voorliggend deel ontbreekt. De contractie-ring kan zich niet van de symphysis verwijderen, tenzij er een kracht is, die de symphysis van den contractie-ring verwijdert.

De heer Treub meent reeds te hebben opgemerkt, dat bij ontbreken van een voorliggend deel de contractie-ring alleen kan stijgen als de vochtblaas staat, die dan de functie van het voorliggend deel overneemt.

De heer Holleman zegt, dat in één der gevallen de vochtblaas in de vagina uitpuilde.

De heer Meurer repliceert, dat dit niet van 't begin van den partus af aan het geval was geweest. Er moet natuurlijk een weerstand wezen, die steunt op den uitwendigen baarmoedermond. Terwijl deze in gewone gevallen het voorliggend deel is, hetwelk verhindert dat de uitwendige baarmoedermond naar boven wordt getrokken, zoolang de ontsluiting nog niet volkomen is, ondersteund door de kracht, waarmede de vaginaalwand zich tegen het naar-boven-getrokken-worden van den ondersten uteruspool verzet, is in de beide aangehaalde gevallen de gespannen vochtblaas de kracht, welke op den breeden rand van het ost. ext. drukt, en daardoor het stijgen van den ondersten uteruspool tegengaat. Het gedeelte tusschen ost. ext. en contractie-ring moet dus gerekt worden; dit geschiedt te sterker, naarmate dit weefsel rekbaarder is. Een groote rekbaarheid moet in het laatstvermelde geval wel aanwezig zijn geweest.

Dr. Barnouw antwoordt nog aan Prof. Treub dat hij zich het geval van Prof. van der Meij en de S. C. zeer goed herinnert, dat hij dit geval echter niet beschouwt als een uit zijn eigen praktijk.

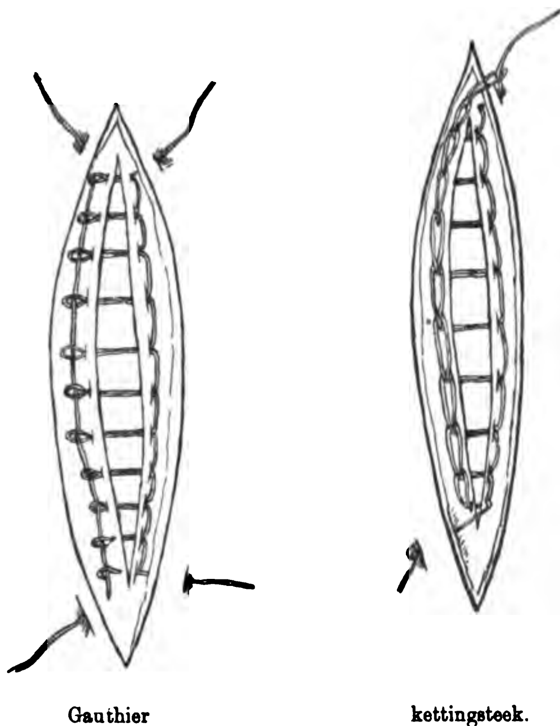
Hiermede wordt de discussie over dit onderwerp gesloten en verkrijgt de heer Pompe van Meerdervoort het woord, ter mededeeling van een geval van urethrocele. Uit de gedemonstreerde mikroskopische praeparaten van den wand der cyste blijkt, dat deze uit de verschillende samenstellende lagen van den wand der urethra is opgebouwd, dat wij dus in casu te doen hebben met een echte urethrocele, niet met een vaginaal-cyste die in de urethra is geperforeerd. De mededeeling zal in extenso in het tijdschrift worden opgenomen.

In aansluiting aan de voordracht van Dr. Pompe zegt de heer van der Hoeven dat een dergelijk geval in de vrouwenkliniek

is waargenomen bij een jong meisje. Ook daar is de urethrocele operatief verwijderd. Bij mikroskopisch onderzoek bleek het een diverticulum spurium te zijn, met vrij sterke ontsteking van den wand, die doorging tot in den wand der vagina.

Prof. Treub voegt hieraan toe, dat patiënte later recidief gekregen heeft, en dat hij de cyste nu zal laten zitten.

De heer Schoenmaker doet hierop eene mededeeling over de techniek van den buiknaad. Hij heeft gezocht naar een etage-naad, waarbij de verloren hechtingen later weer verwijderd kunnen worden, en meent daarvoor een eenvoudige oplossing te hebben gevonden. Ook anderen hebben in deze richting gezocht, o. a. Jonnesco, die lissen van zilverdraad gebruikt, die hij door de huid naar buiten geleidt. Gauthier volgt na, wat de naaimachine doet, dat wil zeggen, hij vangt de lis door een tweeden draad, die later wordt weggetrokken. In theorie gaat dit goed, maar in de praktijk wordt bij 't aansnoeren de korte draad naar binnen gehaald, en zoodanig vastgeklemd, dat hij niet is te verwijderen. Spreker heeft nu een proef genomen met de kettingsteek der ouderwetsche naaimachine, die met één enkele draad zoodanig wordt aangelegd, dat de eene lis de andere pakt, waarvoor men bijvoorbeeld de naald van de Mooy kan gebruiken.



Gauthier kettingsteek.

Spreker demonstreert het aanleggen van deze hechting op een stuk in formaline geharde buikhuid, en vertoont, dat de draad gemakkelijk is los te trekken. Hij heeft het eenmaal in vivo toegepast, en is er tevreden mee geweest, waarom hij gemeend héeft, dat anderen misschien ook de proef zouden willen nemen.

De heer Kouwer vindt de hechting vernuftig bedacht maar

vraagt of de heer Schoenmaker niet bang is, dat hij den wondrand te veel anaemiseert als hij zijn koord stevig aantrekt. De heer Schoenmaker meent, dat daarvoor geen bezwaar bestaat, als men niet al te hard trekt.

De heer Vermeij meent, dat aan de door den heer Schoenmaker genoemde en gedemonstreerde naadmethoden steeds het bezwaar verbonden is, dat men een drainage schept van buiten naar binnen. Wil men over dit infectie-bezwaar heenstappen, dan schijnt hem de volgende, door Prof. Tilanus in der tijd op zijn college reeds gedemonstreerde methode de meest praktische, nl. om de verschillende lagen met de gewone doorloopende of met de matrasnaad aan elkaar te hechten, doch in plaats van één draad er twee van verschillende kleur tegelijk in de naald te nemen, de uiteinden der draden naar buiten door de huid te leiden en aan een tampon te bevestigen. Bij het wegnemen knipt men aan ieder uiteinde één draad door, en wel van verschillende kleur, trekt aan de andere uiteinden, en de draden glijden gemakkelijk langs elkander weg, men heeft geen weerstand te overwinnen, en de wondranden werden niet geanaemiseerd.

De heer Ligterink deelt een geval mede, dat hij voor haematosalpinx duplex houdt. Bij 't naslaan van de literatuur heeft hij gevonden, dat zulke gevallen uiterst zeldzaam zijn. De patiënt was een gezonde vrouw van 31 jaar, die 3 kinderen gebaard had, 't laatste voor 1½ jaar. Pat. had sinds 14 dagen bloedverlies en dacht aan graviditeit. Spreker vond den uterus normaal van grootte en consistentie; links achter den uterus lag een tumor ter grootte van een kinderhoofd. Naar boven was de tumor niet goed te begrenzen, naar onderen puilde hij in 't laq. post. uit, en gaf bij palpatie een gevoel van knetteren.

Spreker dacht aan tuba-graviditeit en opende den buik. De linkszijdige tumor was geheel door adhaesies bedekt, en niet te bereiken. Rechts werd echter een tumor gevonden, die bleek de rechter tuba te zijn, en die ook gedeeltelijk geadhaereerd was. De tuba werd geincideerd en geledigd en in de buikwond vastgenaaid. Tijdens de operatie en ook later bij 't uitspoelen van den zak, kwam er oud bloed voor den dag.

Als verdere therapie werden heetwater-irrigaties toegepast. Onder invloed daarvan werd de tumor links veel kleiner, en was na enkele dagen zoo goed als verdwenen. Nu is er niets abnormaals meer te constateeren.

De heer Kouwer vraagt, of de tumor, die niet bij de operatie verwijderd was, ook een haematocele kan zijn geweest. Daar de tumor bij de operatie niet te bereiken was en niet à

vue gebracht kon worden, dunkt hem dit niet onwaarschijnlijk.

Prof. Treub is ook van gevoelen, dat een haematosalpinx duplex hier allerminst bewezen is. Zooals de heer Ligterink zelf gezegd heeft, zijn deze gevallen zeer zeldzaam. De tweede tumor is niet als tubair-tumor geconstateerd. De snelle resorptie onder invloed der heete irrigaties pleit er tegen; voor de resorptie van bloed wordt toch minstens 4 à 5 weken vereischt. Veel waarschijnlijker is, dat naast de rechtszijdige haematosalpinx een haematocele bestond, waarvan de inhoud zich langzamerhand door de opening van de haematosalpinx heeft ontlast. Mogelijk is ook de aanwezigheid van een ontstekingachtige adnexzwelling aan de linkerzijde.

De heer Ligterink merkt op, dat bij drukking op den buik de tumor circumcript in 't laq. post. uitpuilde.

De heer Treub repliceert, dat dit juist voor haematocele pleit.

Hiermede eindigt de discussie, waarop de vergadering gesloten wordt.

Vergadering van Zondag 8 April 1900.

Voorzitter: Prof. TREUB.

Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Na 't openen der vergadering verkrijgt de heer Stratz het woord ter mededeeling van een geval van uterus duplex met haematometra van den rechter hoorn. Het door spreker gedemonstreerde belangrijke praeparaat dankt hij aan Dr. Praetorius te Antwerpen, die het per laparotomiam verwijderd heeft bij eene achttienjarige patiënte. Dit meisje had van haar twaalfde jaar af geregeld gemenstrueerd; op 16jarigen leeftijd begon zij te lijden aan doffe pijn in den onderbuik, die in den laatsten tijd heftig werd en permanent. Er was een tumor te voelen in de rechter fossa iliaca, die in de vagina uitpuilde. In 't midden van dat uitpuilend gedeelte, dat duidelijk fluctueerde, voelde men een vaste prominentie met centrale depressie — een tweede portio vaginalis. De diagnose werd gesteld op uterus duplex met retentie van bloed in den rechter hoorn; zij bleek bij de operatie juist te zijn. Na veel moeite gelukte het, den tumor uit zijn adhaesies los te maken en de patiënte van haar dubbelen uterus te bevrijden. De reconvalescentie liep glad van stapel.

Het gedemonstreerde praeparaat bestaat uit twee uteri wier onderste gedeelte over een uitgebreidheid van 4 à 5 cM. samenhangt. Op den grooten, rechter hoorn ligt de worstvormig uitge-

zette rechter tuba, die evenals de hoorn zelf, met bloed is gevuld. Bij 't openen van den rechter hoorn ziet men ongeveer 10 cM. onder het hoogste punt een inspringende lijst — het ostium internum? — die het lumen in twee vrij wel gelijke deelen splitst. In den vaginalen pool van den tumor bevindt zich nog een kleinere, eveneens met bloed gevulde holte, wellicht een afgesloten divertikel van de vagina.

Het praeparaat zal later nauwkeurig worden onderzocht en gepubliceerd; spreker heeft het vooraf in zijn geheel willen vertoonen, omdat het voor de theorie der gynatresieën van zoo groote beteekenis is.



Op voorstel van den voorzitter wordt de discussie uitgesteld, tot die publicatie verschenen zal zijn.

De heer Selhorst vertoont hierop twee praeparaten. Het eerste is een tumor, verwijderd bij een patiënte van 62 jaar. De vrouw klaagde over zwaartegevoel in den buik. Er was een harde tumor te voelen; samenhang met de ovariën was niet te constateeren;

de uterus was normaal. Bij de laparotomie bleek de tumor een hard gezwel van een der ovariën te zijn, gecombineerd met een sereuse cyste, waarvan de inhoud uit ongeveer een liter heldere vloeistof bestond. Spreker meent den tumor te moeten houden voor een endothelioom. Hij gelooft, dat er weinig kans is op recidief, omdat er geen metastasen waren te vinden, en omdat er geen vloeistof uit de cyste in den buik is geraakt.

Het tweede praeparaat is een myomateuse uterus, verwijderd bij een vrouw van 42 jaar, die aan haemorrhagieën en aan psychose leed. Het fibromyoom was in den achterwand van den uterus ontwikkeld. De operatie was heel moeilijk. De tumor werd met kurketrekkers uit het cavum Douglasii opgelicht en volgens de methode van Chrobak supra-vaginale amputatie met retroperitoneale hechting van den stomp verricht. Eén ovarium werd verwijderd, het andere in situ gelaten. Het cervikaalkanaal werd behandeld met het doortrekken van een strookje jodoformgaas. De psychose heeft zich nà de operatie niet meer vertoond; spreker meent daarom dat deze met den tumor heeft samengehangen, en vindt hier een aanwijzing in om bij psychosen speciaal te letten op eventueele afwijkingen van het genitaalapparaat.

Hierop verkrijgt Dr. van der Hoeven het woord, tot het doen eener mededeeling over mola en deciduoma malignum.

Normale placenta.

Syncytium. Voor zoover wij op dit oogenblik weten, komt het syncytium, behalve het vermogen het bloed in de intervilleuse ruimten vloeibaar te houden, een functie toe in de stofwisseling tusschen moederlijk en foetaal bloed, en toont het een zeer groote neiging om moederlijke (bloed of) bloedvaten op te zoeken. Als er geen foetale circulatie in de vlokken is, en dus geen stofwisseling tusschen de beide bloedsoorten plaats vindt, atrophieert het syncytium, het verdwijnt. Men ziet dit proces, zoowel daar waar de vaten der vlokken door bindweefselwoekering verdwijnen, als in de grootere vlokken, die geen rol spelen in de stofwisseling tusschen de beide bloedsoorten, doch die meer dienst doen als afvoerwegen voor de foetale vaten naar den foetus. Op andere plaatsen zien wij het syncytium groeien tot in de decidua naar de bloedvaten, die het opent. Houdt de woekering op, dan kan ook dit syncytium te gronde gaan: het stroma verbreedt zich en de kernen verdwijnen, totdat ten slotte alles als een structuurlooze massa uiteenvalt. Het product is nu de fibrinelaag van Nitabuch op de grens tusschen moeder en foetus, en het witte infarct in de placenta.

Een weefsel, dat zoo sterke neiging vertoont in het moederlijk weefsel in te groeien, is waarschijnlijk aan de moeder vreemd. Dit

wordt nog aannemelijker door de beelden, die men in een mola nog fraaier ziet dan in een normale placenta omtrent den groei der vlokken: syncytium en Langhans'sche cellen groeien als twee op elkaar gelijkende deklagen te samen uit: daarbij of daarna legt zich het stroma tusschen hen in. Het is niet aan te nemen, dat moederlijk weefsel zoo overal alle uitgroeiingen van den foetus zou volgen. Ten slotte is de foetale oorsprong van het syncytium bewezen, en afdoende bewezen door de fraaie onderzoekingen van Dr. van Tussenbroek over ovariaalzwangerschap.

Langhans'sche cellaag. De embryologie leert ons, hoe oorspronkelijk amnion en chorion bestaan uit twee lagen van cellen: te weten epiblast en somatopleura. Van de somatopleura wordt in het amnion later het amnionstroma, een onbeteekenend laagje. In het chorion wordt het stroma veel beter ontwikkeld, en is het reeds in een jong stadium, waarin het amnion nog zeer duidelijk zuiver uit twee lagen van cellen bestaat, een vrij breede laag vaatvoerend weefsel. Wij weten, dat dit het stroma van den allantois is, terwijl het naar analogie van het amnion waarschijnlijk is, dat de tweede cellaag (somatopleura) slechts een gering aandeel aan de vorming van dit chorionstroma heeft. Evenwel een aandeel er aan heeft het, en wij zien deze cellaag, de Langhans'sche cellen, er in de verdere zwangerschapsmaanden in verdwijnen.

Aldus geloof ik het syncytium voor epiblast, de Langhanssche cellen voor het parietale blad van het mesoblast te moeten houden.

Intervilleuse ruimten. Het chorion, met epi- en mesoblast bedekt, groeit verder: er ontstaan uitgroeiingen der beide celsoorten, die te zamen de dikke trophoblastschaal om het ei vormen. Is het ei ondertusschen in den uterus aangeland, dan zullen deze uitgroeiingen langs de uterusoppervlakte komen te liggen, terwijl hier en daar niet alle ruimte gevuld zal zijn en dus openingen over blijven. Opent nu ondertusschen het syncytium een bloedvat, dan stort het bloed door deze openingen in het cellige eiomhulsel. In deze openingen groeien van bovenuit de chorionvlokken in, ontstaan, niet uit de cellige woekeringen, doch uit het oorspronkelijke uit twee lagen van cellen met allantois-bindweefsel bestaande chorion. Deze chorionvlokken groeien verder zooals alle weefsels groeien, en bovendien vergrooten zij hun oppervlak door plooivorming en insnoeringen. Aldus laat zich verklaren, waarom in een voldragen placenta de vlokken op doorsnede zooveel kleiner zijn dan in vroegere maanden, en ook waarom de vlokken altijd juist door twee lagen van cellen en niet meer en niet minder bedekt zijn.

Het 't meest naar de moeder gelegen syncytium gaat ten slotte

te gronde, en heet dan *fibrinelaag*, welke laag zoowel cellen van de decidua als van de buitenste lagen van den celmantel (decidua foetalis, trophoblast) kan insluiten.

Mola.

In een mola treft, dat de vorm der vlokken van den normalen afwijkt, dat de inhoud een andere is en dat de vlokken over groote uitgestrektheden door syncytium aan elkaar verbonden zijn.

Stroma. Dit bevat bijna nooit bloedvaten. Bovendien is het stroma celarmer en bevat het wat meer korreltjes dan in een placenta.

Langhans'sche cellen en *syncytium* vertoonen zeer sterke woekeringen; sterker, dan in een normale placenta.

De eigenschappen dezer cellen, en vooral van het syncytium, doen reeds in een normale placenta het vermoeden rijzen, dat het karakter van deze cellen niet ver afstaat van wat wij gewoon zijn maligne te noemen. In een mola evenwel hebben zij dit karakter in nog hooger mate. Marchand spreekt dit tegen, daar hij atypische woekeringen mist, d. w. z. de verschillende celsoorten respecteeren volgens hem elkanders grenzen.

Dat zij dit gewoonlijk doen is begrijpelijk, daar zij in alle richtingen ruimte hebben gemakkelijker uit te groeien, dan juist daar, waar al cellen zijn; dat zij het niettegenstaande dit toch niet altijd doen, leert een eenigszins nauwkeurige studie van microscopische praeparaten duidelijk.

De celmantels der molavlokken moet men dus voor maligne houden. Dat de moeder hier geen last van heeft, vindt zijn oorzaak daarin, dat deze woekeringen de fibrinelaag nog niet gepasseerd zijn. Evenwel hun groeikracht is soms zoo sterk, dat zij dit wel doen. Blijven zij nu in leven, dan liggen dus in moederlijk weefsel eenige maligne cellen, die verder kunnen groeien tot een malignen tumor.

Deciduoom.

Het *syncytium* houdt nu zijn neiging voor bloedvaten, en opent deze. Ook nu weer krijgen wij een bloeduitstorting, doch nu niet in een intervilleuse ruimte, maar in het weefsel van den uterus. Het gevolg is, dat het grootste deel van het deciduoom vaak uit bloed bestaat, en alleen de rand uit levend weefsel.

De Langhans'sche cellen groeien in groepen.

Is alleen het syncytium in het moederlijke weefsel ingedrongen, dan krijgen wij een zuiver syncytioma. Een ander maal zijn syncytium en Langhans'sche cellen samen verder gewoekerd, terwijl volgens sommigen ook het stroma aan de woekering kan meedoen. Waarschijnlijk evenwel is dit laatste slechts schijn, en ligt wat dood of bijna dood weefsel toevallig omgeven door eenige tumorcellen in het gezwel.

Wat evenwel wel mogelijk is, is dat met den bloedstroom een geheele vlok van de mola is meegevoerd, dat deze hier of daar blijft zitten, en dat zich dan uit het maligne epitheel van deze vlok een tumor ontwikkeld. Het stroma zal men dus wel in den tumor terug vinden, doch het woekert zelf niet.

Ten slotte ziet prof. Veit bovendien nog sarcoomcellen in zijn deciduomen.

Dit wat betreft deciduomen na molae ontstaan. Zonder mola kan het deciduoom ontstaan, wanneer eenige syncytium- of Langhans'sche woekering sterker maligne eigenschappen heeft dan gewoonlijk, en nu uit een normale placenta in de moeder ingroeit, zonder te gronde te gaan.

En eindelijk: niet onmogelijk is het, dat er sarcomen van de decidua voorkomen, die met bovenstaande genese niets te maken hebben.

Dr. Stratz is door de voorstelling van den heer van der Hoeven bijzonder getroffen. Deze voorstelling komt overeen met de mededeelingen door Graaf Spee te München gedaan op het congres van natuurvorschers. Graaf Spee heeft onderzoekingen gedaan over de implantatie van het normale konijnen-ei. Hij vond daar geheel analoge processen: verdwijnen van het uterus-epitheel bij de aanraking van het eitje, en inzinking van het laatste binnen de mucosa; het wordt daar door een zoom van nekrotisch weefsel omringd, en gevoed door moederlijk bloed. Men krijgt hier geheel den indruk, alsof men te doen had met een maligne proces, en de gedachte dringt zich op, of men bij al wat op het gebied van mola en deciduoom wordt gepubliceerd, wel werkelijk te doen heeft met boosaardige woekeringen, en of niet dikwijls normale processen voor maligne zijn aangezien.

Dr. van Tussenbroek acht de mededeeling van Dr. van der Hoeven zóó belangrijk en zóó veelomvattend, dat zij met de keus van een aangrijpingspunt voor de discussie verlegen staat. Zij wil daarom de hoogst belangrijke quaestie van de mola en het deciduoom geheel laten rusten, en zich bepalen tot een enkele opmerking over hetgeen Dr. van der Hoeven betreffende de normale placentatie heeft gezegd. Dr. van der Hoeven heeft van den eersten aanleg der placenta, bepaaldelijk van de vorming der primitieve vlokken en van de beteekenis der intervilleuse ruimte een voorstelling gegeven, die met de jongste onderzoekingen van Hubrecht, Siegenbeek van Heukelom en Peters strijdt. Spreekster acht dit te betreuren. Men moet de met zorg en moeite veroverde nieuwe resultaten der wetenschap niet zonder afdoende tegenbewijzen weer prijs geven. En die afdoende tegenbewijzen heeft Dr. van der

Hoeven niet geleverd. Spreekster is van meening, dat Dr. van der Hoeven tot zijn afwijkende voorstelling gekomen is, doordat hij het eerste en het tweede stadium der placentatie niet scherp uit elkander houdt. Het hoofdargument van Dr. van der Hoeven tegen het ontstaan der primitieve vlokken uit resten van de oorspronkelijk massieve trophoblastwoekering, die moederlijk weefsel en eitje verbindt, is gelegen in het feit, dat hij de vlokken bekleed vindt met een volkomen regelmatigen dubbelen mantel, bestaande uit syncytium en Langhans'sche cellaag, die bij de vorming van nieuwe vlokken gezamenlijk uitgroeien. Deze regelmatige bekleeding en deze wijze van uitgroeien nu behooren bij het tweede placentatiestadium en niet bij het eerste. De eerste aanleg der nieuwe vlokken in dit tweede stadium bestaat uit een massieve syncytium-knop die gesteeld aan de vlok hangt. Later treedt daarin de L. cellaag en nog later het bindweefsel op. Van deze secundaire vlokken-ontwikkeling moet echter de primaire scherp worden gescheiden, die in de allereerste dagen der placentatie afspeelt. Spreekster heeft de praeparaten van Siegenbeek van Heukelom gezien, en die kunnen vergelijken met een even jong praeparaat van tuba-zwangerschap in haar eigen bezit. Zij heeft zich daarbij kunnen overtuigen, dat de eerste verbinding tusschen moeder en vrucht wel degelijk door massieve trophoblastbalken geschiedt, waarin van de zijde van den foetus later een mesoblast-uitlooper binnen dringt. In zeer jonge abortief-eieren vindt men ditzelfde terug. Van een regelmatige bekleeding der vlokken met één laag Langhan'sche cellen en één laag syncytium is in dit stadium nog geen sprake.

Wat de neiging betreft van het syncytium om in de decidua binnen te groeien en daar moederlijke bloedvaten op te zoeken, ook hierin kan spreekster niet geheel met de opvatting van Dr. van der Hoeven meegaan. Het syncytium is uit den aard der zaak van den aanvang af met het moederlijk bloed der intervilleuse ruimte in contact. Wat de „Haftzotten" betreft, waarvan men vroeger aannam, dat zij in de decidua waren binnengedrongen, wij weten tegenwoordig, dat het weefsel, waarin zij vastzitten, geen moederlijk, maar foetaal weefsel is, dat veel op decidua-weefsel gelijkt, maar niets is dan een rest van het trophoblast. Dit weefsel ligt foetaal-waarts van de fibrine-streep. Al wat beneden de fibrinestreep ligt, is moederlijk weefsel. Het criterium, door Dr. van der Hoeven gegeven, dat de mola voor de moeder gevaarlijk wordt, zoodra zij de fibrine-streep doorbreekt, schijnt spreekster daarom volkomen rationeel, zoodat Dr. van der Hoeven voor zijn belangrijke bijdrage tot onze kennis van mola en deciduoom niet noodig heeft terug te keeren tot de oude voorstelling van de

implantatie van het menschelijk eitje, die sinds de onderzoekingen van Langhans en zijn school, van Hubrecht, Siegenbeek van Heukelom en Peters terecht is verlaten.

De heer Driessen stelt de vraag, of Dr. van der Hoeven ook op de aanwezigheid van mucine in het bindweefsel der molavlokken heeft gelet. Hij heeft indertijd zoowel makro- als mikrochemisch mucine kunnen aantoonen, terwijl door prof. Veit in een paar gevallen van mola de afwezigheid van mucine werd geconstateerd.

Prof. Treub zou gaarne van Dr. van der Hoeven willen weten, of hij bij zijn onderzoekingen ook een verklaring gevonden heeft voor den afwijkenden makroskopischen vorm der vlokken bij mola-zwangerschap. Waardoor krijgt men den typischen druiventrosvorm? Het ontstaan daarvan wordt niet verklaard door de woekering der chorion-epitheliën.

Dr. van der Hoeven zegt in zijn repliek, dat hij over de bestrijding van zijn voorstelling door mej. van Tussenbroek niet verbaasd heeft gestaan. Hij had zelfs veel meer oppositie verwacht. Wat evenwel de opvatting van Siegenbeek van Heukelom betreft, omtrent de trophoblastlaag wijkt hij van deze opvatting slechts in zoo verre af, als hij niet meent, dat er oorspronkelijk een *soliede* meerlagige trophoblastlaag geweest is, doch een opeenhooping van *soliede* uitgroeiingen van het oorspronkelijke trophoblast, uitgroeiingen, die waar de uterus-oppervlakte hun verdere verbreiding in den weg staat, ombuigen en zoo aan hun perifere einden op vele plaatsen met elkaar versmelten. Volgens deze opvatting verklaren zich de holten tusschen de trophoplastbalken gemakkelijk. Wat de nieuwvorming van vlokken door vertakking betreft, hij gelooft niet, dat deze met de vorming van syncytium-knoppen begint. Deze gesteelde knopjes houdt hij voor iets anders. Volgens Marchand kenmerkt zich het syncytium, dat op weg is naar nekrose, door verbreeding van het protoplasma. Dat het syncytium geen moederlijke bloedvaten zou zoeken, dunkt spreker in strijd te zijn met de algemeene opvatting. Aan Dr. Driessen antwoordt spreker, dat mucine wèl in de kleine vlokken van een mola is aan te toonen, maar in de groote ontbreekt. Het is dus zeer begrijpelijk, dat de ééne onderzoeker haar vindt en de andere niet. Wat den druiventros-vorm van de mola betreft, waarnaar prof Treub heeft gevraagd, spreker heeft zich niet nog meer aan hypothesen willen wagen, en daarom dit punt buiten bespreking gelaten. *Moet* hij echter een verklaring geven, dan zou hij deze in de volgende richting willen zoeken. De mola representeert een weefsel met maligne neigingen, dat met carcinoma o. a. gemeen heeft, dat voor de voeding van het weefsel zelf onvoldoende gezorgd wordt. Het gevolg

is te gronde gaan, vervloeiing van het stroma, in het midden te beginnen. Zoodra de inhoud aldus vloeibaar is, zal de vorm van de vlok een ronde (druif) worden, behalve daar, waar zich iets tegen deze uitzetting verzet. In de stelen der druiven vindt men om de vlokken een dikken syncytiumkraag.

Prof. Treub zegt, dat de zaak hem door deze verklaring niet veel duidelijker geworden is.

Mej. van Tussenbroek komt nog even op de vertakking der vlokken in de normale placenta terug. Zij ontkent, dat de bedoelde syncytium-klompjes voorstadiën van nekrose zijn. Het zijn levenskrachtige knoppen met breed protoplasma en een centrale groep van kernen, die zich voortreffelijk kleuren. Daar de discussie echter te veel dreigt te komen in histologische details, noodigt zij Dr. van der Hoeven uit de verdere gedachteuwisseling uit te stellen, en vooraf te laten gaan door een gezamenlijke beschouwing zijner hoogst belangrijke praeparaten, waarbij scherper formuleering der wederzijdsche opvattingen mogelijk zal zijn.

Dr. van der Hoeven verklaart zich daartoe gaarne bereid.

Nadat de voorzitter aan Dr. van der Hoeven den hartelijken dank der vergadering heeft gebracht voor zijn belangrijke voordracht, verkrijgt Dr. Stratz het woord voor zijne mededeeling over een geval van partus arte praematurus. Deze mededeeling luidt als volgt:

36 j. VII para. Laatste menses 4 Juli 1899. Sedert September galsteenkoliek (die reeds 9 jaren telkens terugkomt), nu echter veel heviger en in kortere tusschenpoozen.

Voor 4 jaren perineorrhaphie en Alexander'sche operatie; nu voor het eerst weer gravida na die operatie.

5. 3. te Rotterdam gearriveerd na eene zeereis van 4 weken (oponthoud ten gevolge van gebrek aan kolen, die door de Engelschen voor transportschepen werden opgeeischt).

Gedurende de geheele reis hevige kolieken en vomitus; eten wordt niet ingehouden, zoodat sedert 3 weken uitsluitend voedingsklysmata gebruikt worden.

6. 3. *Opname kliniek.* Volgens den behandelenden medicus is de pols in de laatste dagen filiform en onregelmatig geweest, en zijn er groote hoeveelheden morphine subcutaan gebruikt tegen de pijnen.

Status bij de opname. Icterus. Pols klein, 72, temp. 35,8. Leverrand in de mamillairlijn onder den ribbenboog; geen tumor te voelen. Grootte van uterus beantwoordt aan einde VIII[ste] zwangerschapsmaand; fundus 2 vingerbreedten beneden ribbenboog; *rechts ligamentum rotundum sterk gespannen en zeer pijnlijk.* Kind in hoofdligging, rug naar links; harttonen 120, handbreed links beneden den navel.

Per vaginam portio sterk naar achteren, ostium gesloten, hoofd ballotteerend in den bekkeningang, voortdurend ructus en vomitus, pijnen worden niet geaccuseerd (in den nacht 0,02 morph. subcutaan).

De pijnen houden op, de voeding per klysma wordt voortgezet. Eiwitwater blijft in, melk wordt uitgebraakt.

7. 3. Groote galsteen, 8 mm. diameter, in de faeces gevonden, faeces gekleurd.

In de urine geen galkleurstoffen, spoor albumen, veel phosphaten en uraten.

Mikr. enkele roode en witte bloedlichaampjes, tot den 13. 3 geen koliek meer, niettegenstaande dat voortdurend braken.

Na consult met Dr. Rutgers en Dr. Praetorius wordt besloten tot accouchement forcé, daar pat. aan krachten sterk achteruit is gegaan en de peritonitische prikkel, die de brakingen veroorzaakt, blijkbaar niet met de galblaas, wel echter met de rekking van het ligamentum rotundum dextr. in verband staat.

14. 3. 's ochtends 9 uur, na manueele dilatatie van het ostium internum, keering naar Braxton Hicks, rechter voet met kogeltang afgehaald en met eene lus bevestigd.

Lichte weeën om 11 uur, om 12 uur champagne die in blijft.

9 uur 's avonds. Extractie van een licht asphyctisch meisje, dat gauw bijkomt, echter zeer anaemisch is. Er werd opgemerkt dat er telkens bloed op de lakens was, wat werd toegeschreven aan eene lichte bloeding ex matre. Blijkbaar is het echter bloed van het kind geweest, uit het kleine wondje van de kogeltang, want het bloedde post partum nog, en werd met een drukverband tot staan gebracht.

Om 10 uur werd eenig voedsel gebruikt; de brakingen hadden opgehouden.

Na de manueele losmaking van de placenta kwamen de brakingen weer terug. IJs op het rechter parametrium, rust.

15. 3. Eiwitwater, bouillon, champagne, oesters blijft in; geen brakingen meer.

16. 3. zacht vleesch, zwezerik, kip, vruchten op water; geen brakingen meer, pijn in het rechter parametrium verdwenen.

Bij 't kind was 's nachts het verband los gegaan; 's morgens nieuw verband; bloed in geringe hoeveelheid in de lakens. Kind vrij anaemisch en zwak, bezwijkt 's avonds.

25. 3. Tienden dag staat pat. op, geheel hersteld; kan alles verdragen. Uterus goed geïnvolveerd.

Temp. den heelen tijd niet boven 37,2.

Epikrise.

In hoeverre de *Cholelitihasis* en de *zeereis* (pat. is op 8 zeereizen

vroeger nooit zeeziek geweest) tot den status gastricus en de inanitie hebben bijgedragen in het begin, laat zich niet met zekerheid uitmaken.

Wel echter blijkt, dat op 't laatst de brakingen zijn opgewekt door de sterke rekking van het, operatief verkorte, ligamentum rotundum dextrum, en wel, omdat ook na ophouden van de koliekpijnen de brakingen bleven bestaan, en omdat zij ophielden onmiddellijk nadat de inhoud van den uterus was verminderd.

Betreffende den *partus arte praematurus* blijkt, dat manueele dilatatie en gecombineerde keering 6 weken ante terminum, voor de moeder in betrekkelijk korten tijd het gewenschte resultaat zonder gevaar deden bereiken, dat echter het pakken van den voet met een kogeltang, door Treub en mij aanbevolen, bij een onvoldragen kind toch niet geheel zonder gevaar is, zooals indertijd van der Meij ook veronderstelde. Al is het kleine wondje op zich zelf niet als oorzaak van den dood van het kind te beschouwen, zoo zijn toch zijne zwakke krachten door het niet dadelijk opgemerkte bloedverlies sterk verminderd.

Spreker heeft dit geval willen meedeelen, omdat hij indertijd de eerste is geweest, die aangeraden heeft bij de keering volgens Braxton Hicks van een kogeltang gebruik te maken om het voetje pakken. Later heeft prof. Treub die kleine manipulatie ook toegepast en, evenals spreker, zonder nadeel voor het kind. Uit de laatste waarneming blijkt nu echter, dat de kogeltang niet altijd geheel onschuldig is, zoodat het raadzaam is, dadelijk het voetje na te kijken.

Spreker heeft in de tweede plaats dit geval willen mededeelen, omdat het van gewicht is voor de verwijderde resultaten der operatie van Alexander-Adams. Ook in een tweede geval heeft hij van deze operatie bij een volgende zwangerschap nadeel gezien; er waren daar in de 7e zwangerschapsmaand onder de fixatiepunten der ligamenten twee herniae inguinales ontstaan. In beide gevallen was de operatie door een competent operateur verricht.

De heer Ribbius vraagt, of Dr. Stratz deze methode van partus praematurus aanbeveelt in 't algemeen, of alléén in dit speciale geval? Acht hij het raadzaam bijv. bij een geval van bekkenvernauwing voetligging teweeg te brengen?

De heer Polak meent, dat het vatten van het kindervoetje met een kogeltang toch veel tegen heeft. Waarom niet een lange korentang genomen waarvan de uiteinden omgeven zijn met het gesloten eind van een Nélaton-katheter?

De heer Stratz antwoordt den heer Ribbius dat de voetligging de prognose voor het kind bepaald minder gunstig maakt. Bij vernauwd bekken zou hij ze alléén aanbevelen bij multiparae, als

het er om te doen is de moeder zoo gauw mogelijk te verlossen.

Den heer Polak antwoordt hij, dat hij een kogeltang nam, omdat er geen plaats was een ander instrument in te brengen.

De heer Polak ziet dit laatste niet in; men heeft korentangen van allerhande afmetingen; het is alleen noodig een instrument met dunne branches te kiezen.

De heer Treub meent, dat er een zekere verwarring in de discussie ontstaat. De heer Polak verliest uit het oog, dat er sprake is van gevallen, waar men slechts met één vinger door het ostium internum komen kan; men kan met dezen vinger den kop wegduwen, maar het voetje kan men niet pakken. De voet moet er door met de toonen vooruit. Het is een zeer subtiel werk, het voetje, dat zich gemakkelijk terugtrekt, met de kogeltang te pakken. Doet men het met een korentang, dan moet men den voet zoo krachtig knijpen, dat men hem veel erger mutileert.

De heer Polak zou juist de meerdere kracht apprecieeren, die men met de korentang kan uitoefenen. Men kan dan veel veiliger doen wat men wil, dan met de scherpe kogeltang, die, blijkens de laatste ervaring van Dr. Stratz, tot profuse bloeding aanleiding geven kan.

Dr. Stratz zegt, dat Dr. Polak de zaak overdrijft. Van een profuse bloeding was geen sprake, maar van eene kleine arterieele bloeding, die bij dit onvoldragen kind ernstige gevolgen had. Wanneer men met één vinger moet werken, zit er werkelijk niets anders op, dan het smalste instrument te nemen; dat is een dunne kogeltang, die veel te onhandig zou worden, door de punten te dekken met een stuk bougie.

Mejuffrouw van Tussenbroek vraagt, hoe bij deze wijze van opwekken der vroeggeboorte het beloop van den partus is. De meeste methoden van partus arte praematurus streven er naar, het natuurlijk geboorte-mechanisme in gang te brengen, b.v. door een vreemd lichaam in den uterus te brengen en daarmee in contact te laten. Werkt de door Dr. Stratz gevolgde methode in denzelfden zin, of moet men in het breken der vliezen hier het agens zien, dat de geboorte in gang brengt?

De heer Ligterink vraagt, hoeveel tijd de heer Stratz over de extractie heeft gedaan, en hoe de hartstonen van het kind zich daarbij hebben gehouden.

De heer Stratz kan beide vragen gelijktijdig beantwoorden De versie werd verricht 's morgens om 9 uur; na de versie waren de hartstonen onveranderd; tusschen 10 en 11 uur begonnen de eerste weeën, die in den loop van den dag toenamen; eerst om 4 uur traden regelmatige, krachtige weeën op. 's Avonds om 9 uur

was de voet geboren tot aan de knie, en kon het kind gemakkelijk worden geëxtraheerd. Het was nauwelijks asphyctisch, zoodat de methode van Schultze niet behoefde te worden toegepast. Bij 't ingaan van de hand ter verwijdering van de nageboorte bleek een goede contractie-ring te bestaan. Na den partus bleek niets van atonie. Er was geen belangrijke bloedig; alleen den 3en dag werd een coagulum uitgestooten. Spreker stelt zich voor, dat het voetje van 't kind in 't ostium als vreemd lichaam heeft gewerkt, en de baarmoeder tot samentrekkingen heeft geprikkeld.

De heer Selhorst vraagt, of Dr. Stratz narcose heeft toegepast bij de versie. De heer Stratz antwoordt bevestigend; bij een minder nerveuse patiënte had hij het echter heel goed zonder narcose kunnen doen.

De heer Pompe van Meerdervoort krijgt hierop het woord tot het doen van de volgende mededeelingen over den stroom van Apostoli.

Onder de uterusmyomen, welke langs operatieven weg verwijderd werden, nadat zij eenigen tijd met den stroom van Apostoli behandeld waren geworden, bevonden zich eenige tumoren, welke enkele anatomische bijzonderheden vertoonden.

Mevrouw C., 43 jaar, heeft 3 kinderen gehad, waarvan het jongste 13 jaar oud is. Het kraambed zou steeds met koorts gepaard verloopen zijn. De periode, die op 14jarigen leeftijd voor het eerst verscheen, was steeds geregeld, nooit profuus.

Nadat de periode in December op tijd gekomen was, kreeg pat. den 26sten Januari een vrij sterke bloeding. In den tusschentijd was kort na elkaar een geringe sanguinolente afscheiding geweest. Sinds de laatste periode klaagt zij over pijn in den buik, die nu en dan erger wordt. Overige functies zijn normaal.

Bij het onderzoek werd gevonden:

Portio groot, gezwollen. Uterus ruim vuistgroot en hard, in geringe latero- dextroflexie, bij palpatie pijnlijk. Rechts zijn de adnexa vergroeid, links is het ovarium bewegelijk. De diagnose werd op myoom gesteld. Patiënte werd aangeraden de volgende periode af te wachten.

De volgende periode was in den beginne zeer profuus. Voor alle zekerheid werd proefcurettement verricht. Bij het onderzoek en verdere behandeling in narkose bleek een interstitieel myoom in den fundus aanwezig te zijn. De rechter tuba was gezwollen en hard, het ovarium was gefixeerd. Links was het ovarium bewegelijk. Het cavum uteri, dat 9 cM. lang was, bleek na digitaal onderzoek niets abnorms te bevatten. Het microscopisch onderzoek van het slijmvlies leverde niets anders op, dan een zoogenaamde hyper-

trophische mucosa. Trots interne middelen bleef de periode profuus; daarop werd pat. met den stroom van Apostoli behandeld, Anode in het cavum uteri; stroomsterkte circa 150 M. A. Na viermaal behandeld te zijn trad de periode in, die ook ditmaal vrij profuus was.

De daarop volgende periode was eveneens abondant. Na 23 maal zonder succes geapostoliseerd te zijn, werd de behandeling gestaakt. In den beginne volgde, na elke applicatie, op den dag der behandeling een geringe bloederige afscheiding. Langzamerhand nam het quantum bloed toe, en strekte de bloedafscheiding zich over een langer tijdsruimte uit, zoodat patiënte ten slotte steeds eenig bloedverlies had. Meer en meer begon pat. daarbij over krampachtige pijn in den onderbuik te klagen. De periode bleef steeds profuus. Nadat van verdere behandeling met den apostolischen stroom was afgezien, werd pat. thyreoid in pillen voorgeschreven, waarmede echter wegens verschijnselen van intoxicatie spoedig opgehouden moest worden. Ten slotte werd tot verwijdering van den uterus per vaginam besloten, nadat gedurende 6 weken een voortdurende, niet onbelangrijke bloeding aanwezig was.

De operatie leverde geen moeilijkheden op.

Bij opening van het cavum uteri bleek dit geheel opgevuld te zijn door een submuqueus gelegen myoom, dat aan zijn top, ter hoogte van het ost. uteri internum gelegen, nekrotisch was.

De basis van den tumor was echter in fundo gelegen ter plaatse waar vroeger het interstitieel myoom was gezeteld geweest.

Geval II. Pat. H. heeft 2 kinderen gehad. Wegens profuse menstruatie gedurende de laatste jaren gebruikte zij zonder eenig succes verschillende interne medicamenten, en werd zij tweemaal gecuretteerd zonder dat eenige beterschap te bespeuren viel. De periode duurt steeds 6 à 7 dagen. Wegens een bestaande retroversie werd een pessarium geappliceerd. Toen ook hierna geen verbetering tot stand kwam, werd pat. volgens de methode van Apostoli behandeld.

Zonder pijn werd een stroomsterkte van 150 à 180 M. A. verdragen, anode in het cavum uteri. De eerste periode was profuus: de tweede ging met zeer weinig bloedverlies gepaard en duurde slechts 4 dagen, de derde menstruatie was eveneens zeer gering, en duurde eveneens 3 à 4 dagen.

Alleen den dag der behandeling trad steeds eenige, doch zeer geringe, bloederige afscheiding op. Na de derde periode nam de afscheiding na elke applicatie toe, en begon pat. over nu en dan optredende krampachtige pijn in den onderbuik te klagen. De vierde periode liet zich eerst zeer goed aanzien. Gedurende de 2 eerste dagen ging deze met zeer gering bloedverlies gepaard. Den derden dag kwam echter zoo'n hevige bloeding, dat pat. duidelijk anaemisch

was geworden. Na deze bloeding bleef een vuilbruine, onaangenaam riekende afscheiding bestaan. Met het oog op den anaemischen toestand van pat. werd niet langer met een meer radicale behandeling gewacht. Bij de hysterotomia anterior door Prof. Treub verricht, bleek het rechts in fundo gelegen myoom gedeeltelijk submuqueus te zijn en voor zoover het in het cavum uteri promineerde, nekrotisch te zijn geworden. Het wondverloop leverde niets bijzonders op. Na de operatie zijn de menses geregeld teruggekeerd.

Geval III. Pat. P. is gehuwd, heeft geen kinderen, is nooit zwanger geweest. Zij klaagt sinds jaren over ongeregelde menstruatie, die gewoonlijk 6 à 7 dagen duurt en met veel bloedverlies gepaard gaat. Bij de zeer anaemische patiënte werd bij het onderzoek een vergrooten uterus gevonden; cavum-lengte 9 cM. Toen interne middelen niet baatten, werd na dilatatie van de cervix het cavum digitaal onderzocht en de mucosa corporis met de curette verwijderd. Er bleek toen een duivenei groot interstitieel myoom in den rechter uteruswand te liggen. Microscopisch werd geen maligne degeneratie gevonden.

Toen ook na het curettement geen verbetering in de periode kwam, werd zij in 't geheel 20 maal met den stroom van Apostoli behandeld. De menstruatie bleef niet alleen profuus doch werd steeds belangrijker en nam telkens in duur toe, zoodat de periode vóórdat met de behandeling opgehouden werd circa 12 dagen geduurd had. Zoowel gedurende de periode als gedurende het interval klaagde pat. over krampachtige pijn in den onderbuik.

Met het oog op den zeer anaemischen toestand van pat. werd de uterus per vaginam verwijderd. Na extirpatie werd het vroeger interstitieel gelegen myoom gedeeltelijk submuqueus gevonden. Het slijmvlies bedekte den tumor over zijn geheele oppervlakte. De operatie leverde niets bijzonders op.

De drie gevallen, hierboven vermeld, hebben dus alle dit gemeen, dat het myoom, in den beginne interstitieel gelegen, onder den invloed van den electrischen stroom in een submuqueus gelegen tumor veranderd werd. De volgende verschijnselen deden zich daarbij gedurende de behandeling voor. In de eerste plaats vermeerderde de quantiteit bloed gedurende de periode, en nam de duur der bloeding bij elke volgende menstruatie toe, althans in het eerste en derde geval was dit zeer duidelijk. Ten slotte strekte de bloeding zich over het interval uit en werd het ziektebeeld door menorrhagieën gecompliceerd. In het eerste en tweede geval, waar het myoom later nekrotisch bleek te zijn, trad een vuilbruin gekleurde, onaangenaam riekende afscheiding op.

In de tweede plaats klaagden de patiënten, nadat de behandeling eenigen tijd geduurd had, over pijn in den onderbuik, welke pijn een duidelijk krampachtig karakter had, en waarvan de oorzaak zonder twijfel gezocht moet worden in de contracties van de uterusspier die het myoom trachtte uit te stooten.

Wat mij behalve deze verschijnselen meer gefrappeerd heeft, is het feit, dat in alle drie gevallen slechts één enkel myoom aanwezig was. In geen dier gevallen waar multiple myomen te constateeren waren, heeft zich een dergelijke afloop voorgedaan. Mij dunkt, dat de reden hiervoor gezocht moet worden in de aanwezigheid van nog krachtig gezond spierweefsel, waardoor de uterusspier in staat was, door contracties zich van het myoom te ontdoen. Indien meerdere myomen in den uteruswand aanwezig zijn zal het, eensdeels door dat de uterusspier daarnevens meestal ziekelijk ontaard is, anderdeels door de bemoeilijking in zijn contracties niet zoo gemakkelijk tot uitstooting van het myoom komen. De reactie van den kant van de uterus-musculatuur zal intensiever zijn, als slechts een enkele tumor aanwezig is.

En wat de klachten, de bloedingen aangaat, deze zullen meer en meer toenemen, naar gelang de tumor meer submuqneus wordt. Naarmate het myoom verder in het cavum gaat uitpuilen, zal de mucosa, welke den tumor bekleedt, meer en meer gerekt worden en zal de circulatie daar ter plaatse meer belemmerd worden, zoodat bij eventueele bloeding de sterk gedilateerde vaten zich moeilijker zullen contraheeren, en de menstruale bloeding daardoor verlengd en versterkt wordt.

Wordt het bekleedende slijmvlies steeds dunner, dan zal door den destrueerenden invloed van den galvanischen stroom, waardoor de gelegenheid tot regeneratie van de mucosa verhinderd wordt, de tumor ten slotte geheel van zijn mucosa ontbloot worden. Dan zal de bloeding, die nu direkt uit den tumor plaats grijpt, belangrijk toenemen.

Evenals de meeste gynaecologen de intrauterine galvanisatie bij polypeus ontwikkelde myomen wegens de profuse bloedingen, die daarbij optreden, verwerpen, zoo is ook een verdere behandeling met den stroom van Apostoli ongewenscht, indien zich verschijnselen voordoen, die op een polypeus-worden van een interstitieel myoom wijzen.

Onder die omstandigheden is een operatieve behandeling noodzakelijk.

In het eerste geval heb ik den uterus in toto verwijderd. De aanzienlijke wandverdikking gaf het recht te vermoeden, dat meerdere kleine myoompjes in de uterusspier aanwezig konden zijn. Tevens

was een radicale behandeling daarom gewenscht, wijl pat. naar het binnenland van Afrika vertrekken zou, waar eventueel allicht geen voldoende hulp zou te verkrijgen zijn.

In het derde geval achtte ik een conservatieve behandeling daardoor minder aangewezen, omdat pat. reeds een vergevorderden leeftijd had en zeer anaemisch was, en het vooraf niet met zekerheid te zeggen was, of met de enucleatie de klachten geheel verdwijnen zouden. Als regel is echter de enucleatie aangewezen, die in die gevallen geen moeilijkheden zal opleveren, omdat de galvanische stroom den tumor reeds voor een groot gedeelte van zijn omgeving heeft losgemaakt.

Geval IV. Van geheel anderen aard is het navolgende geval.

Mej. H., 23 jaar oud, ongehuwd, heeft tot voor 3 maanden steeds geregeld gemenstrueerd. In de laatste maanden is de periode echter zeer profuus geweest, terwijl geen andere klachten van den kant van het genitaalapparaat bestonden. Behandeling met secale en hydrastis gaf geen verandering. Pat. is in den laatsten tijd zeer opgewonden en in hooge mate nerveus geworden, alleen door de gedachte, dat een operatie noodzakelijk zal zijn. Bij enkele harer familieleden, die dezelfde klachten hadden, zou de uterus geëxtirpeerd zijn geworden.

Bij het onderzoek lag de ruim kinderhoofd-groote uterus in retroversie; in de adnexa viel niets bijzonders te constateeren, de lengte van het cavum uteri was 11 cM.

Behandeling met den stroom van Apostoli, stroomsterkte 150 à 200 M. A.

Eerste periode kwam 5 dagen te vroeg, de tweede en derde periode ging met gering bloedverlies gepaard, eveneens de vierde, daarna bleef de periode gedurende 7 weken weg.

Drie maanden nadat met deze behandeling was begonnen, begon pat. te klagen over frequente mictie. De vroeger steeds in retroversie liggende uterus was nu meer mobiel geworden en gemakkelijk in anteflexie te brengen, bij welke manipulatie patiënte aandrang tot urineeren voelt. De tumor is overal gelijkmatig hard van consistentie, schijnt in grootte te zijn toegenomen. Gedurende de volgende maanden, terwijl pat. zonder behandeling bleef, keerde de menstruatie geregeld terug. De nerveuse toestand van pat. werd echter steeds erger, zoodat door haar ouders op verwijdering van den tumor aangedrongen werd. De uterus bevond zich in den laatsten tijd steeds in anteflexie en bleek langzaam grooter te worden.

Niet zoozeer om de toename in grootte van den uterus, doch meer wegens den zeer nerveusen toestand van patiënte werd tot operatieve verwijdering van den tumor besloten. De uterus werd

supravaginaal geamputeerd, de operatie verliep zonder eenige stoornis.

Bij onderzoek van den tumor bleek in het grootste interstitieel gelegen myoom een holte te bestaan, gevuld met een vuilbruin gekleurde, troebele, doch niet etterige vloeistof.

Wij hadden hier met een langzaam voortschrijdende degeneratie van uterusweefsel, met een nekrobiose te maken.

Dat myomen door behandeling met intrauterine galvanisatie of na electropunctuur in volumen verminderen is vaak beweerd. Bij de beoordeeling is het reeds uiterst moeilijk uit te maken of hier van een werkelijke vermindering of verkleining der samenstellende elementen sprake is, dan wel of eene mindere bloedvulling of welke oorzaak ook ons in den waan brengt, dat een regressieve metamorphose van den tumor oorzaak der volumen-afname is. Dat myomen verdwijnen kunnen is, ook afgezien van die gevallen, waar het myoom uitgestooten wordt, door nauwkeurige waarnemingen buiten twijfel gesteld en o. a. in het hierboven vermelde geval vinden wij anatomisch het bewijs geleverd. Doch ook, waar van een circumscript verlies van tumorweefsel geen sprake is, bewijst het voorkomen van peptonurie volgens Decio dat een degeneratie der musculeuse elementen van het myoom analoog aan de puerperale involutie van de uterusspier niet tot de onmogelijkheden behoort. Ware in het hierboven beschreven geval de uterus niet operatief verwijderd geworden, dan zou de tumor langzamerhand althans voor het grootste gedeelte verdwenen zijn, en zou men allicht de oorzaak gezocht hebben in de dialytische werking van den galvanischen stroom. Het is echter niet mogelijk hier een direct verband aan te toonen.

Bleek nu achteraf, dat de uterus-tumor in massa was verminderd, klinisch meende ik een toename in volumen te mogen aannemen, en dat wel ten eerste afgaande op het resultaat der bimanueele palpatie, en ten tweede op het feit, dat de myomateuse uterus in den beginne steeds in retroversie liggend, langzamerhand in anteflexie kwam en constant in die houding bleef.

Wat het eerste punt betreft, weten wij hoe meteorismus, vetafzetting in den buikwand etc. doch vooral een meerdere bloedvulling van den tumor ons tot een groei van het myoom kunnen doen besluiten, waar dit in werkelijkheid niet geval is.

Dat een meerdere bloedvulling en daarmee gepaard gaande meerdere weekheid van een uterusmyoom vooral in het praemenstruale tijdperk voorkomt, heeft als differentiaal-diagnostisch teeken een niet geringe waarde. In het hier bedoelde geval was het dan ook voornamelijk het verdere verloop, de veranderde houding van den myomateusen uterus, die er mij toe bracht een reëele vergrooting van den tumor aan te nemen.

Hetzelfde nemen wij waar bij den geretroverteerden graviden uterus.

Bevindt de uterus zich vóór de graviditeit in retroversie, dan richt hij zich bijna steeds op indien hij gravidus wordt.

De oorzaken hiervoor zijn tweeërlei.

Ten eerste zal door de vergrooting van den uterus het zwaartepunt der massa verplaatst worden, en bijaldien dit meer naar voren komt, zal de uterus in anteflexie overgaan; en ten tweede zal bij de toename in grootte van den uterus een tractie aan de lig. rotunda uitgeoefend worden, welke banden op hun beurt, zullen trachten den uterus naar voren te doen basculeeren.

Beide momenten te zaam genomen, zullen den uterus meestal in anteflexie brengen. Blijft de uterus echter in retroversie, dan zal de tractie van de lig. rot. meer naar beneden gericht zijn en zal de uterus meer in dien stand gefixeerd blijven. Zoo ziet men niet zelden, dat bij manueele repositie van den geretroverteerden graviden uterus door druk op den achterwand het orgaan soms plotseling in de normale houding komt.

Door deze manipulatie wordt namelijk de richting van de lig. rotunda gewijzigd, en komen deze in andere verhouding tot de lengte-as van den uterus te liggen, zoodat zij een tractie naar voren kunnen uitoefenen en de baarmoeder aldus in anteflexie kunnen brengen.

Voor de zoo plotseling tot stand gekomen veranderde houding hecht Chrobak vooral waarde aan de acute contractie der spierelementen, aan de voorzijde van den knikkingshoek van den uterus gelegen.

De beide hier vermelde momenten komen ook in aanmerking, wanneer het niet een graviden, doch een myomateusen uterus geldt Hier zal vooral de verplaatsing van het zwaartepunt naar voren den terugkeer in de normale houding bewerkstelligen.

De verplaatsing van het zwaartepunt naar voren zal in de meeste gevallen het gevolg zijn van groei, van aanmaak van tumorweefsel in de voorste helft van den uterus. In het hierboven beschreven geval was echter verlies van spierelementen in de achterste helft van den uterus oorzaak, dat het zwaartepunt naar voren verplaatst werd.

Hierop dient in voorkomende gevallen gelet te worden.

Naar aanleiding van deze voordracht zegt mej. van Tussenbroek dat de heer Pompe van Meerdervoort blijkens de hier medegedeelde ongunstige resultaten geen enthousiast voorstander van de methode van Apostoli is. Zij is dit ook wel niet, maar het zou haar toch spijten, als de methode door de ongunstige ervaringen van Dr. Pompe in ons land weer geheel in de doos werd gedaan. Zij zelve is

na de vroeger door haar gepubliceerde gevallen nog eenige malen in de gelegenheid geweest patiënten met fibromyomen door deze methode veilig aan de andere zijde van het climacterium te helpen. Zij is het echter met Dr. Pompe eens, dat men zijn gevallen moet uitzoeken en dat submuqeuse fibromen weinig resultaten beloven. In een door haar vruchteloos geapostoliseerd en later door prof. Treub geopereerd geval bleek het cavum uteri vol submuqueuze tumoren te zitten. Dr. Pompe heeft gezegd, dat hij in een drietal gevallen interstitieele fibromen tot submuqueuse heeft zien worden; het is haar niet recht duidelijk geworden, hoe hij dit heeft geconstateerd; het is toch zeer wel mogelijk dat een tumor, dien men als wandverdikking in den uterus voelt, reeds gedeeltelijk in 't cavum uteri uitpuilt.

De heer Pompe antwoordt, dat hij de methode van Apostoli niet heeft willen afbreken: hij heeft er ook gunstige resultaten van gezien. Wat de quaestie van het submuqueus worden der interstitiëele fibromen betreft, de drie bedoelde uteri zijn vooraf digittaal onderzocht.

Prof. Treub voegt hieraan toe, dat in één der drie door Dr. Pompe beschreven gevallen aanvankelijk een diffuus vergroote uterus bestond. Prof. Halbertsma had daar zonder succes curettage verricht; spreker heeft die curettage krachtdadig herhaald, en tevens door digittaal onderzoek het bestaan van submuqueuse tumoren uitgesloten. Toen werd de uterus door Dr. Pompe gegalvaniseerd en toen het geval ongeveer $^3/_4$ jaar later tot operatie kwam, puilde de tumor sterk in 't cavum uteri uit. De overgang van intramurale fibromen in submuqueuse onder invloed van den galvanischen stroom is ook door la Torre herhaaldelijk geconstateerd; deze is een voorstander van de methode juist bij polypeuse tumoren met de bedoeling, dat het door deze behandeling zal komen tot enucleatie en spontane uitstooting. Spreker acht dit niet zoo'n groot nadeel als Dr. van Tussenbroek indertijd in haar publicatie over dit onderwerp heeft uitgesproken. Het is weliswaar een tweesnijdend zwaard, maar het kan tot zeer goede resultaten voeren. Spreker heeft een geval gezien, waarbij twee submuqueuse fibromen achtereenvolgens werden losgemaakt, en uit het ostium konden worden gehaald met een kogeltang. De patiënte is sinds dien tijd gezond en met den afloop zeer tevreden.

Hiermede eindigt de discussie en wordt de vergadering gesloten.

EEN GEVAL VAN KRAUROSIS VULVAE GECOMPLICEERD MET CARCINOOM,

uit de Gyn. Kliniek van Dr. MENDES DE LEON.

DOOR

Dr. W. HOLLEMAN,
te Amsterdam.

Patiënte is eene flinke krachtige virgo van 66 jaar, vroeger steeds gezond. Op 51-jarigen leeftijd is zonder eenige bezwaren de menopauze ingetreden, nadat zij vroeger steeds regelmatig om de 4 weken menstrueerde. Menses 4 à 5 dagen niet profuus. Nooit heeft zij last gehad van fluor. Ongeveer voor 10 jaar kreeg zij wat jeuk aan de genitaliën, echter zoo gering dat zij hier voor geen medicus raadpleegde; herhaaldelijk wasschen met lauw water deed de jeuk verdwijnen. Fluor had zij ook toen niet.

Voor circa 8 weken kreeg zij een klein puistje aan den onderkant van het rechter labium majus, nadat zij reeds eenige maanden steken in de rechter lies had gevoeld, en nu en dan wat jeuk aan de genitaliën. Pijnlijk was het puistje niet, maar langzamerhand werd het grooter en harder, terwijl het bij aanraking bloedde. Hiervoor nu kwam zij 25 Oct. '98 hulp zoeken op de polikliniek. Mejuff. X is eene forschgebouwde, tamelijk zwaarlijvige vrouw. Borst en buikorganen zijn volkomen in orde. Defaecatie en mictie ongestoord. De urine reageert zuur, S. G. 1012, bevat noch albumen, noch saccharum. De uitwendige geslachtsdeelen vertoonen eigenaardige veranderingen. Behalve de seniele atrophie valt bijzonder de glanzende, witgevlekte, paarlmoerachtige kleur der labia majora en minora in het oog.

Het hymen, volkomen virginaal, is sterk verdikt en laat slechts met moeite een vinger door, waarbij zelfs een oppervlakkige inscheuring ontstaat, het voelt leerachtig aan. De kleine, glanzend witte clitoris is bijna in het geheel niet bedekt door het praeputium, dat zich met een harden rand voortzet in de atrophische labia minora. De labia majora zijn vetarm.

De bovengenoemde kleursverandering der huid vertoont zich het sterkst aan de rechter helft, en reikt daar van de commissura post. tot aan de clitoris, terwijl zij naar links ongeveer ophoudt op de helft der labia. Op deze witte plekken is de huid hard als leer, en mist alle elasticiteit, zoodat geringe spanning, de epidermis opper-

vlakkig doet inscheuren. Met tamelijk scherpe grens gaat deze veranderde huid over in de normale, zoowel aan den buitenkant als naar het hymen toe. De vaginaalwanden zijn normaal.

Op de commissura posterior bevindt zich een hobbelige, ulcereerende, licht bloedende tumor, goed guldengroot, die zich voornamelijk naar rechts van de mediaanlijn uitbreidt, naar binnen toe blijft hij nog circa $^1/_2$ c.m. voor den hymenaal rand. Perineum intact. Liesklieren zijn niet te palpeeren. Portio vaginalis virginaal, is bedekt met helder, glazig slijm.

De diagnose wordt gesteld op kraurosis vulvae, gecompliceerd met carcinoom.

5. Oct. '98. Operatie (Dr. Mendes de Leon). Het ulcus wordt ruim, tot in gezond weefsel omsneden en geëxcideerd, waarbij de bloeding tamelijk profuus is. Met de schaar worden nog enkele, verdacht aanvoelende stukjes, verwijderd. Zorgvuldig worden alle bloedende vaten onderbonden. Nadat met eene verloren catguthechting de wondholte verkleind was, werd de huid met zijde gehecht. Zonder spanning was dit mogelijk.

De sterk veranderde rechter labia werden nu tot aan de clitoris ruim omsneden en geëxcideerd. Wond met zijden hechtingen gesloten.

Het wondverloop was niet geheel ongestoord. Zonder dat temperatuursverhooging optrad, sneden den 5den dag de onderste hechtingen door, de hierdoor ontstane wondholte verkleinde zich echter in enkele weken goed, zoodat patiënte met een klein, goed granuleerend wondje 28 Dec. ontslagen kon worden.

De geëxcideerde stukken werden eerst in formaline 4°/₀, daarna in alcohol van klimmende sterkte gehard voor microscopisch onderzoek. Verschillende stukjes werden hiervoor uitgesneden.

De kraurosis vulvae is eene aandoening waarop Breisky [1]) in 1885 het eerst de aandacht heeft gevestigd. Sedert dien tijd zijn van vele kanten dergelijke gevallen gepubliceerd (Martin, Orthmann, Bartels, Peter, Gördes, Neumann, v. Mars e.a), maar is er ook veel onder dien naam beschreven wat er geen aanspraak op kan maken. Over het klinische beeld zijn alle onderzoekers het in hoofdzaak eens, terwijl er ook nog geene noemenswaardige verschillen zijn gekomen met de beschrijving die Breisky die het eerst gaf. De patiënten klagen over een gevoel van branden en jeuk aan de genitaliën, bij de eene treedt het eerste meer op den voorgrond, bij anderen het laatste, terwijl beweging bij allen een pijnlijke spanning veroorzaakt.

Urineloozing is meestal zeer pijnlijk, defaecatie in meer of minder

---

[1]) Zeitschrift für Heilkunde Bd. VI·

mate hinderlijk. Cohabitatie is voor de meesten ondragelijk, en geeft vaak aanleiding tot hevig bloedende laesies.

Objectief vindt men de uitwendige genitaliën veranderd, de huid der labia is droog lederachtig, met glanzend witte strepen en vlekken, somtijds iets boven het niveau verheven. Deze veranderingen kunnen haardsgewijze optreden, maar ook de geheele labia en clitoris innemen.

De vulva is geschrompeld, eng, laat zonder pijn nauwelijks één vinger toe. Clitoris in vele gevallen in het geheel niet bedekt door het praeputium, dat zich als het ware opgerold heeft, en slechts een harden rand vormt, in andere gevallen daarentegen is de clitoris innig met het verbreede, leerachtige praeputium vergroeid.

De labia minora vindt men bij de meeste schrijvers aangegeven, als slechts even aangeduid naast de labia majora. Spant men de huid slechts een weinig aan, dan ontstaan vaak bloedende, ontzettend pijnlijke scheurtjes in het rete malphigi. Zelfs door hoesten en niezen kunnen oppervlakkige laesies ontstaan.

De voortwoekering van het proces kan verschillend zijn, al naarmate men een vroeg, of meer gevorderd stadium voor zich heeft. Toch maakt het de indruk, dat het lijden zich alleen bepaalt tot de allernaaste omgeving der vulva, want zelfs in gevallen, waar het reeds jaren lang bestond, overschreed het nimmer de haargrens der groote schaamlippen, of het hymen. In de mij toegankelijke litteratuur kon ik slechts 2 gevallen vinden, waar het tevens op het perineum en rondom den anus gezeteld was. (Pfannenstiel [1]), Gördes [2]).

Op de vaginaalwanden werd het nimmer gevonden. Fleischmann [3]) is de eenige, die de aandoening slechts eenzijdig aantrof.

Aan een bepaalden leeftijd is het lijden niet gebonden, Breisky zag het reeds bij eene patiënte van 19 jaar, de meeste gevallen komen echter na het 40ste levensjaar voor. Zoowel bij virgines, als bij gehuwde vrouwen, nulli- of multiparae ziet men het. Terwijl sommige patiënten hoofdzakelijk met klachten over branden en jeuk aan de genitaliën komen, klagen ook vele over sterken fluor, en beschouwen de jeuk hiervan afhankelijk.

Als complicaties vindt men opgegeven, endometritis, gonorrhoïsche of syphilitische infectie, polypen, terwijl slechts 6 maal carcinoom werd gevonden, 5 maal van de vulva (Martin [4]), Czempin [5]),

---

[1]) Ref. Centralbl. f. Gynaec. 1897, n°. 52.
[2]) Monatschrift f. Geburtsh u. Gynaec. Bd. III
[3]) Prager med. Wochenschr. 1886, n°. 36.
[4]) Sammlung klin. Vorträge N. F. n°. 102.
[5]) Zeitschrift f. Geb u. Gyn. Bd. 34 S. 460.

Veit [1]), Brettauer [2]), Jung [3])) en 1 maal van den voorsten vaginaalwand (v. Mars [4]). In een geval van Orthmann [5]) bestond een niet specifiek ulcus van de vagina.

Over de aetiologie van de kraurosis verkeeren wij, niettegenstaande de menigvuldige histologische en bacteriologische onderzoekingen nog volslagen in het duister.

Breisky kon onder zijne 12 gevallen geen aetiologisch moment vinden, van eene voorafgegane ontsteking of exantheem bleek niets, wel bestond in enkele gevallen sedert langen tijd jeuk maar zonder zichtbare anatomische afwijkingen. Bij velen vond hij een vaginaal katarrh.

Uit zijne weinig positieve bevindingen wil hij het dan ook niet onvoorwaardelijk afhankelijk stellen van een chronisch eczeem of pruritus. In geen enkel geval betrof het diabeticae.

Janowski [6]) houdt het voor eene aangeborene verandering der genitaliën, maar wil toch chronische gonorrhoe niet geheel uitsluiten, vooral ook naar analogie van de veranderingen in de mannelijke urethra. Op grond van 5, goed waargenomen gevallen, hecht Martin [7]) groot gewicht aan het voorafgaan van ontstekingachtige processen. Zijn leerling Orthmann zag in de latere gevallen uit de kliniek van Martin nimmer eene luetische infectie voorafgaan. Gonorrhoe speelt volgens hem misschien slechts een praedisponeerende rol, hetgeen ook L. Seeligman [8]) gelooft.

Fleischmann zag eenmaal onder 8 gevallen furunculose van het labium majus voorafgaan, Gördes een klein, niet specifiek, ulcus.

Sänger [9]) en Rona [10]) zochten het in eene subcutane ontsteking, met aandoening der zenuwen en zenuwuiteinden, hoewel de laatste lues en pruritus zag voorafgaan.

Veit [11]) is de eerste, die het opvat als een positief gevolg van pruritus, hij verklaart dit aldus: de patiënten krijgen eerst pruritus, waar dan ook op berustend, tengevolge van het krabben ontstaat er een intensievere graad van huidverandering met infiltraten, die ten slotte in schrompeling overgaat, waardoor het beeld van kraurosis ontstaat.

---

1) Het geval van Veit had ik gelegenheid waar te nemen in de Leidsche kliniek, voor zoover mij bekend, is dit nog niet uitvoerig gepubliceerd.

2) Verh. d. Geb. Gesellschaft z. New York, ref. Centr.bl. f. Gyn. 1899, n°. 52.

3) Med. Gesellsch. z. Liverpool. ref. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1900, Hft. 3.

4) Monatschr. f. Geb. und Gyn. Bd. VII.

5) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 19, S. 283.

6) Monatschrift f. pract. Dermatologie 1888, Ref. Centralbl. f. Gynaecol. 1889.

7) l. c.

8) Geburtsh. Gesellschaft z. Hamburg ref. Centralbl. f. Gynaec. n°. 7, 1897.

9) Centralbl. f. Gyn. 1894.

10) ibid.

11) Handb. d. Gynaec. Bd. 3, 1e Hälfte.

Zoo weinig wij dus weten van de aetiologie, zoo goed is het verloop bekend. Alle waarnemers zijn het er over eens dat dit steeds chronisch is, terwijl de uitbreiding nu eens meer, dan eens minder snel gaat.

Wat de therapie betreft kunnen wij kort zijn. Spontane genezingen kon ik in de litteratuur niet vinden. Nadat door velen de patiënten langen tijd waren behandeld met allerlei zalven en omslagen, zonder blijvende verbetering te geven, was Martin de eerste, die radicale genezing zag intreden na ruime excisie van de aangedane deelen. Deze raad is later door allen gevolgd. Het schijnt echter niet absoluut noodzakelijk te zijn al het zieke weefsel te excideeren, daar Seeligman, hoewel hij de kleine labia intact liet, toch een goed succes had. Alle verschijnselen verdwenen, en na twee jaar was geen recidief opgetreden. Evenzoo in ons geval, het linker labium maius was bij de operatie niet verwijderd, een onderzoek ingesteld 22 Nov. '99, dus een goed jaar na de operatie, leerde, dat patiënte volkomen zonder bezwaren was, de introitus vaginae was eng, maar het linker labium had de normale kleur en zijne elasticiteit voor een groot deel terug gekregen. Hier tegenover staat echter een geval van Peter [1]), waar na proefexcisie voor microscopisch onderzoek in zeer korten tijd het lijden sterk toenam.

Dr. Mendes de Leon zag slechts 3 gevallen van kraurosis. Het eerste werd geëxcideerd zooals hierboven beschreven. Eene tweede patiënt onttrok zich aan verdere behandeling, terwijl eene derde volgens het voorschrift van Heller [2]) behandeld werd.

Hoewel deze patiënte 3 weken lang consequent behandeld was, verminderden de verschijnselen zoo goed als niet; wel kregen wij den indruk dat de kraurotische plekken iets kleiner werden, van afstooten der huid, zooals Heller opgeeft, was echter nog geen sprake. Eene voortgezette poliklinische behandeling heeft tot nog toe geen gewenscht resultaat opgeleverd, zoodat patiënte is voorgesteld de zieke deelen te excideeren.

De eerste microscopische onderzoekingen zijn ook reeds onder leiding van Breisky door zijn leerling Fischel gedaan. In zijne praeparaten vond hij atrophie in de bovenste lagen van het corpus papillare, hetgeen er mat glazig uitzag, gescleroseerd. In plaats van de normaal gegolfde bindweefselfibrillen in het corium, vond

[1]) Monatschr. f. Geb. und Gynaec. Bd. III.

[2]) Gesellschaft f. Geb. u. Gynaec. zu Berlin ref. Centralbl. f. Gyn. 1899, n°. 50. Heller cauteriseert 1 × per week de zieke deelen met formaline (wij gebruikten hiervoor de oplossing zooals die in den handel is van 40°/₀) verder 3 maal daags penseelen met ichthyol en water āā, en dagelijks gedurende ½ uur een warm water verband

hij dit nog slechts flauw onduidelijk gestreept in de richting der papillenas, het was nagenoeg een homogene laag. De papillen zelf zijn ongelijk in grootte, maar over het algemeen opvallend laag. Het rete malphigi is normaal, maar dun, zoodat de zeer dikke verhoornde epitheellaag bijna direct op de papillen rust. Smeerklieren waren in zijne praeparaten niet te vinden, slechts enkele restanten van zweetklieren. Het corium was hier en daar geïnfiltreerd (voor de genese hecht hij hier echter geen waarde aan).

In de gevallen van Martin, die Orthmann microscopisch onderzocht, werd in hoofdzaak hetzelfde gezien. Op de plaatsen waar de hoornlaag bijna direct op het corium rustte, waren de papillen geheel verdwenen. In alle gevallen beschrijft hij een hypertrophischen toestand van de epitheelcellen, en meent dat dit een voorstadium is van de later optredende atrophie. Het subcutane vet en het bindweefsel waren kleincellig geïnfiltreerd, vooral in de spleten van het bindweefsel, op enkele plaatsen strekt dit zich uit tot in de papillen en vormt daar kleine haarden.

Het bacteriologisch onderzoek was negatief. Vaten vond hij slechts spaarzaam in het corium, en dan nog gecomprimeerd door infiltraten in het hypertrophische bindweefsel.

Zeer nauwkeurig heeft Peter zijne praeparaten beschreven. Hij vond de epidermis over groote uitgestrektheid van het corium afgelicht, tengevolge van sereuse exsudatie uit de capillairen der cutis. De witachtige kleur der huid zou volgens hem niet berusten op sterke verhoorning (Breisky), of op vitiligo (Sänger), maar ontstaan zijn door opzwelling der cellen. In het oedemateuse corpus papillare zag hij geen zenuwuiteinden, daarentegen in de diepere lagen volkomen normale zenuwstammen, zonder eenig teeken van degeneratie. Elastische vezelen waren in de cellig geïnfiltreerde custislaag geheel atrophisch, in de diepere lagen normaal.

Peter is de eerste die hier met nadruk op wees, en hieraan groote beteekenis toekent als pathognomonisch voor de kraurosis. De groote mate van broosheid, waardoor zelfs bij geringe traumata fissuren ontstaan, zou hierdoor verklaard worden. Andere teekenen van atrophie vond hij in zijne praeparaten niet, daarentegen op de plaatsen die teekenen van ontsteking vertoonden, een netwerk van bipolaire of netvormige cellen. Deze beschouwt hij als jonge, nieuwgevormde bindweefselcellen, die bezig zijn in litteekenschrompeling over te gaan.

Concludeerend besluit hij, dat de kraurosis in een vroeg stadium berust op ontstekingachtige hyperplasie van het bindweefsel met neiging tot schrompeling, gecombineerd met degeneratie van het elastische weefsel.

Gördes kon duidelijk twee stadiën onderscheiden; 1°. een hypertrophisch stadium met verbreeding van het stratum corneum, en teekenen van ontsteking in het corium. 2°. Een atrophisch stadium, waarbij het stratum corneum smal is, het corpus papillare zoo goed als verdwenen, en het corium gescleroseerd, de elastische vezelen zijn voor het grootste gedeelte te gronde gegaan. Vaten zijn spaarzaam in het corium, terwijl klieren en vetweefsel ontbreken.

De praeparaten van v. Mars vertoonden weder eenige afwijkingen. Het rete malphigi was sterk verdikt, terwijl de papillen nog slechts even aangeduid waren. Het corium bestond uit een dicht netwerk van bindweefselfibrllen, overeenkomend met litteekenweefsel. De fibrillen waren tot vrij ver in de epidermis te vervolgen, terwijl op de grens van epidermis en corium vele infiltraten werden gevonden. Vaten en klieren spaarzaam, de elastische vezelen tot een minimum gereduceerd, en slechts enkele zenuwvezelen. In de onderste huidlagen zag hij te midden van woekerend bindweefsel vele gladde spiervezelen.

v. Mars beschouwt zijn geval als een stadium volgend op dat, wat Peter beschreef. De exsudaten zouden reeds verdwenen zijn en plaats gemaakt hebben voor verbreeding van het rete malphigi, met atrophie van de papillen.

Duidelijke atrophie van alle lagen der huid en gemis van vaten, klieren en zenuwen, zou als eindstadium op te vatten zijn. Volkomen overeenstemmend en een zelfde stadium van het lijden representeerend is het geval dat Neumann [1]) beschrijft. In de beschrijving die Dobrovolsky [2]) van zijne praeparaten geeft, valt alleen de sterke vaatvermeerdering in de onderste coriumlagen op, overigens wijkt deze in niets van de vorigen af.

Onze eigene praeparaten werden na insluiting in parafine en celloidine, met haematoxyline-eosine gekleurd; zij leerden het volgende:

Het stratum corneum is overal verdikt, en bestaat uit groote, onderling weinig samenhangende lamellen. Celgrenzen zijn hierin bijna niet meer te zien, ook de kernkleuring laat veel te wenschen over. Het rete malphigi is, in vergelijking met dat van normale labia, niet versmald, behoudens de omgeving van het carcinomateuse ulcus. Ook de papillen zijn in de meeste praeparaten nagenoeg normaal, alleen hier en daar wat breeder, in de buurt van de nieuwvorming zijn zij nog slechts even aangeduid, zoodat hier met een bijna rechte lijn rete malphigi aan het corium grenst. Het corium mist op de meeste plaatsen zijne normaal gegolfde bindweef-

---

[1]) Wiener klin Wochenschrift 1896.
[2]) ref. la Gynécologie, jaarg. 4.

selfibrillen, deze verloopen nagenoeg gestrekt, loodrecht op de oppervlakte van de huid. De bindweefselfibrillen vormen tamelijk onregelmatige bundels, welke onderling door eenige vezelen samenhangen, maar overigens gescheiden zijn door een zich niet kleurende zelfstandigheid, volkomen het aspect opleverend van door oedeem uit elkaar gedreven weefsel.

In tegenstelling met de meeste, vond ik in al mijne praeparaten klieren zonder eenige teekenen van degeneratie. Zoowel om deze klieren als om de spaarzame nauwe vaten, en tusschen de bindweefselfibrillen waren leucocyten infiltraten.

Om de aanwezigheid van elastische vezelen duidelijk te maken, gebruikte ik Tänzer's orceinkleuring, en de methode van Weigert [1]) met fuchsine-resorcine-ijzerchloraat oplossing. Vooral deze laatste gaf zeer mooie beelden, de donkerblauwe kleur van de elastische vezelen steekt zoo duidelijk af bij de omgeving, dat zelfs de fijnste vezeltjes niet over het hoofd te zien zijn.

In de oppervlakkige lagen van de huid vond ik het elastische weefsel tot een minimum gereduceerd, nog slechts enkele fijne en zeer korte fibrillen waren aanwezig, in de diepere lagen waren de vezels dikker, en in grooter aantal te vinden. Verschillende coupes van de diverse stukjes werden onderzocht op microorganismen, echter met negatief resultaat.

Het ulcus op de commissura posterior bleek een ulcereerend epithelioom te zijn, met fraaie epitheelparels. Hoewel van recenten datum had het zich reeds tamelijk ver in de diepte uitgebreid. In de diepste lagen van het geëxcideerde stuk was geen carcinoom meer te vinden.

Beschouwen wij nu ons geval volgens de indeeling die v. Mars gaf, dan moeten wij ook dit rekenen tot een zeer vroeg stadium der kraurosis. De papillen zijn zoo goed als niet veranderd, behalve in de onmiddellijke nabijheid van het ulcus, en zeker voor een groot deel ten gevolge van den druk uitgeoefend door de voortwoekerende epitheelmassa's onder het corpus papillare.

Verder wijzen het oedeem tusschen de bindweefselbundels in het corium, en de infiltraten op een acuut stadium, terwijl ook de klieren zonder eenige teekenen van degeneratie werden gevonden. Ook het rete malphigi is niet smaller dan normaal. Deze microscopische bevindingen stemmen dus geheel overeen met de anamnese, nl., dat het lijden nog slechts kort bestond.

Hoewel ook ons geval de aetiologie der kraurosis niet verder brengt, meen ik nog een enkel woord te moeten zeggen over de

---

[1]) Centralbl. f. Algem. Pathologie u. Path. Anatomie, Bd. IX.

opvatting van Veit, n.l. dat het een gevolg zou zijn van pruritus en die in mijn oog zeer aannemelijk is. Juist de gevallen die in den laatsten tijd gepubliceerd zijn, waar klinisch de kraurosis reeds duidelijk en niet te miskennen was, vertoonden microscopisch nog acute ontstekingsverschijnselen, terwijl slechts de elastische vezelen atrophisch waren, en geven daardoor eenige mate van zekerheid aan de opvatting van Veit.

Dat men in enkele gevallen in de anamnese alles mist van voorafgeganen pruritus behoeft geen verwondering te baren, de gevoeligheid toch van de genitaliën is bij allen lang niet gelijk. Zij zien wat jeuk over het hoofd, of zijn dit vergeten op het oogenblik dat zij voor ernstiger bezwaren medische hulp inroepen. Waarschijnlijk door schaamte gedreven zoeken slechts weinigen reeds hulp voor jeuk en branderigheid aan de genitaliën. Is het eindelijk door krabben tot eene intensieve ontsteking gekomen, dan drijft de pijn of de afscheiding hen naar den medicus. Deze gevallen behoeven echter nog niet alle in kraurosis over te gaan, want eene doelmatige therapie leidt bij vele nog tot radicale genezing. Blijven echter de bezwaren groot dan worden reeds door velen „wegens pruritus" de zieke deelen geëxstirpeerd, waarschijnlijk zijn hier verscheidene gevallen onder die reeds kraurosis genoemd moesten worden, want hoe beter het ziektebeeld bekend wordt, des te meer gevallen vindt men beschreven.

Die gevallen echter, waar van den beginne af de ontsteking intensief is, en het proces voornamelijk in de oppervlakkige lagen van de huid gezeteld is, schijnen mij toe gepraedisponeerd te zijn, later in atrophie over te gaan en het beeld der kraurosis te geven.

Zeer verleidelijk is het nu ook om in het samengaan van carcinoom en kraurosis een verband te zoeken. Het naast elkaar voorkomen van deze beide relatief [1]) zeldzame aandoeningen, doet ons als het ware een middel aan de hand om de oorzaak van beide in eene zelfde richting te zoeken.

Het is toch mogelijk dat de chronische ontsteking van de huid aan den éénen kant gevolgd wordt door atrophie van de verschillende deelen, terwijl aan den anderen kant de chronische prikkel op eene bepaalde plaats tot pathologische epitheelwoekering aanleiding geeft. Dat juist om het carcinomateuse ulcus, zooals in ons geval, de atrophie het sterkst is, pleit niet tegen deze hypothese.

---

[1]) Het voorkomen van primair vulva carcinoom tegenover uterus carcinoom, wordt door velen verschillend opgegeven.

Dr. Mendes zag 3 gevallen van vulva carc. tegenover 75 van uterus carc. op 9102 patiënten. Virchow 1 vulva carc, op 40 uterus carc. Billroth op 548 uterus carc. 4 vulva carc. Schwartz 1147 uterus carc. tegenover 30 vulva carc.

Met het oog op de gevolgde therapie n.l. excisie van het carcinomateuse ulcus, nog een enkel woord over de prognose. Hoewel deze over het algemeen iets beter is dan voor vaginaalcarcinomen, blijft zij toch steeds dubia, op welke manier men het ook verwijdert. Ongeveer 50$^0/_0$ toch der geopereerden krijgt na langer of korter tijd recidief [1]. Fritsch [2] gaat zoover dat hij zich, bij patiënten op eenigsinds gevorderden leeftijd, en waar het ulcus reeds tamelijk ver is voortgeschreden, van elk operatief ingrijpen onthoudt. Het leven zou hierdoor langer gerekt worden. Hij observeerde een geval waar de patiënte nog 8 jaar, nadat zij onder behandeling was gekomen, leefde. Zijn eenige therapie bestaat in die gevallen in absolute reinheid, en morphine!

Eenige maanden geleden had ik gelegenheid onze patiënte nog eens te onderzoeken, van plaatselijk recidief is tot nog toe geen sprake, de introitus vaginae is eng, de huid echter glad en lenig, zonder eenige verhardingen. In de mons veneris rechts is een ongeveer 4 cM. lang ovale, weinig gespannen tumor. Goed verschuifbaar onder de huid, in het geheel niet pijnlijk. Hoewel men direct aan kwaadaardig gezwollen lymphklieren zou denken, meende Dr. Mendes het in dit geval te moeten betwijfelen, zoodat voorloopig van verwijdering werd afgezien.

Einde Januari werd patiënte nogmaals opgenomen, daar de tumor in de lies grooter was geworden. Bij de operatie op 3 Februari bleken de liesklieren sterk carcinomateus [3] en verweekt te zijn. Van radicale verwijdering moest worden afgezien, daar enkele klieren innig met de vaten vergroeid waren, terwijl een dikke harde streng tot diep in het lieskanaal te vervolgen was. 5 Maart werd pat. schijnbaar genezen ontslagen.

Hoewel van alle kanten wordt aangeraden bij vulvair carcinomen de liesklieren, ook al worden deze niet vergroot gevoeld, te exstirpeeren, is hier in ons geval van afgeweken. De reden hiervan was, dat de operatie reeds tamelijk lang geduurd had, terwijl deze herhaaldelijk gestoord was door stilstand der respiratie.

Pat. had veel bloed verloren zoodat de pols klein en frequent was. Bij herhaald onderzoek zoowel voor, als tijdens de operatie, was niets van liesklieren te voelen, zoodat zich vermoeden liet, dat het opsporen hiervan, veel tijd zou vorderen, te meer nog daar men ze dan ook beiderzijds had moeten exstirpeeren, omdat het ulcus zoowel links als rechts van de commissura posterior gezeteld was.

---

[1]) De eene patiënte van Dr. Mendes stierf na een jaar de andere na 2 jaar aan recidief.

[2]) Krankheiten der Frauen.

[3]) Microscopisch bevestigd.

Ideaal is zeker de voorslag van Koblanks om, naar analogie van mammacarcinoom-operaties, de nieuwvorming in samenhang met zijne liesklieren te verwijderen. Of dit in vele gevallen gelukken zal meen ik te mogen betwijfelen. Naar het mij toeschijnt kan hiervan slechts sprake zijn, als de nieuwvorming in de buurt der clitoris gezeteld is.

Een tweede veel besproken punt bij de operaties van vulva carcinoom is, of men den tumor met het mes of met den Paquelin moet verwijderen. Nu in den laatsten tijd de leer der entinfectie meer en meer aanhangers telt, vindt men een zekere neiging om alle kwaadaardige tumoren zooveel mogelijk met het ferrum candens te exstirpeeren.

De verwijdering met den Paquelin heeft naar het mij toeschijnt slechts schijnbaar eenige voordeelen. Wel opereert men bijna zonder eenig bloedverlies en wordt het zoo gevreesde entrecidief voorkomen. De nadeelen wegen hier echter niet tegen op. Prima reunio van de wond is natuurlijk geheel buitengesloten, zoodat de vaak groote wondvlakte zich langzaam door granulatievorming moet sluiten. Niet alleen vordert dit veel geduld van de patiënten, maar de lange rust is meestal met het oog op hun leeftijd nadeelig. Hoofdzaak bij deze methode is echter, dat men tijdens de operatie in het geheel niet kan nagaan of de tumor tot in gezond weefsel verwijderd is, terwijl vaak te laat bemerkt wordt dat niet alles radicaal is weggenomen.

De verwijdering met het mes, en sluiting der wondvlakte door suturen, geeft echter ook niet altijd prima reunio. Verschillende operateurs berichten dat na eenige dagen enkele draden doorsneden, zoodat zij soms genoodzaakt waren de wond secundair door transplantatie te sluiten. Ook in de drie gevallen van vulvair carcinoom die Dr. Mendes opereerde genas de wond per secundam, nadat enkele hechtingen waren doorgesneden.

Draagt men tijdens de operatie zorg voor minutieuse bloedstelping, door onderbinding zelfs der kleinste vaatjes, en heft men de spanning der wondranden op eenigerlei wijze op, dan meen ik, dat de verwijdering met het mes nog steeds de voorkeur verdient boven die met het ferrum candens.

Amsterdam, Maart 1900.

IETS OVER HET ONTSTAAN VAN DEN HYDROSALPINX,

DOOR

Dr. N. J. F. POMPE VAN MEERDERVOORT,

te 's-Gravenhage.

Eenigen tijd geleden kwam het volgende geval onder mijn behandeling.

Mevrouw K., 54 jaar oud, zou volgens haar zeggen 26 jaar geleden een abortus van 5 maanden hebben gehad. Daar er echter geen verschijnselen waren, welke op een plaats gehad hebbende uitstooting van een vrucht wezen, meen ik, ook omdat patiënte in andere mededeelingen mij niet betrouwbaar toescheen, dit evenzeer in twijfel te moeten trekken.

De menstruatie was steeds geregeld, duurde gewoonlijk niet langer dan drie of vier dagen en ging steeds met vrij veel bloedverlies gepaard. In het laatste jaar is de periode nu en dan weggebleven.

Sinds circa drie maanden klaagt zij over een pijnlijk gevoel aan de vulva, vooral gedurende den coitus, welke daardoor bijna onmogelijk wordt.

In den laatsten tijd is de menstruatie zeer profuus en keert met korte intervallen terug. Sinds 4 weken is zij niet vrij van bloedverlies geweest. Slechts nu en dan was die hoeveelheid zeer gering. Van af het oogenblik dat de periode onregelmatig is geworden, lijdt zij tevens aan een abundanten fluor albus.

De overige functies zijn normaal.

Het onderzoek der gezond uitziende vrouw leerde mij het volgende:

De vulva is in geringe mate rood en gezwollen met hier en daar oppervlakkige defecten van de epidermis.

Uit de vagina vloeit een sereuse, licht geel gekleurde, heldere vloeistof, welke uit het ost. ut. extr. komt.

De uterus ligt in anteflexie, is niet vergroot; de portio is iets gezwollen, oedemateus. De rechter adnexa zijn normaal; het ovarium is bewegelijk, niet vergroot. De tuba is niet voelbaar. Links vindt men een ongeveer kippeneigrooten elastischen tumor, die bewegelijk en zeer weinig gevoelig is; het ovarium is aan deze zijde niet te palpeeren.

Diagnose — zoogenaamde hypertrophie der mucosa uteri, linkszijdig cysteus gedegenereerd ovarium.

Toen de verschijnselen na het gebruik van secale cornutum niet weken werd curettement verricht. Microscopisch vertoonde het slijmvlies het beeld der zoogenaamde hypertrophie der mucosa met geringe veranderingen der klierbuizen en met duidelijk oedeem van het stroma.

De bezwaren keerden circa 5 weken na de operatie terug en waren na vier maanden weer even erg als te voren. Daarbij begon patiënte over pijn in den onderbuik, vooral links, te klagen en was een duidelijke vergrooting van den linkszijdigen tumor te constateeren.

Terwijl de sereuse uitvloeiing even sterk terugkeerde nam de tumor steeds in omvang toe en bereikte in korten tijd de grootte van een mansvuist.

Met het oog op den voortdurenden groei van den tumor werd laparotomie verricht.

Incisie in de linea alba. Bij opening van de buikholte komt het genitaalapparaat zichtbaar. De uterus en de rechter adnexa vertoonen geen afwijkingen. De linker tuba is aan haar uterine einde over een afstand van circa 5 cM. normaal, daarna verwijdt zij zich en vormt een worstvormig gezwel, dat een duidelijk blauwe kleur vertoont. Het abdominale einde der tuba is gesloten. Het niet vergroote ovarium ligt achter den tumor. De uitgezette tuba is nergens met de omgeving vergroeid; het ligamentum latum is waaiervormig uitgerekt, uiterst dun, nergens verdikt.

Voordat tot ablatie van den tumor werd overgegaan, werd deze gepuncteerd en van een heldere sereuse vloeistof ontlast. De zeer sterk gedilateerde tuba viel samen en de normale plooiing van het tubaslijmvlies keerde terug.

Het microscopisch onderzoek leverde geen groote bijzonderheden op. Hier en daar waren de slijmvliesplooien aan hun top onderling vergroeid en het epitheel daar ter plaatse verdwenen; overigens bevatten de epitheelcellen helder protoplasma en vertoonden zij een cubischen of meer cylindrischen vorm.

Enkele leukocyten lagen in het weefsel verspreid.

Bij deze patiënte, die duidelijke praeclimacterische stoornissen van den kant van het genitaalapparaat vertoonde, had zich tegelijkertijd een hydrosalpinx ontwikkeld.

Als aetiologisch moment voor het ontstaan van den hydrosalpinx vindt men in de meeste leer- en handbeeken alleen de ontsteking vermeld. Wanneer men echter de verschillende anatomische

beschrijvingen van deze tumoren leest, welke alle onder den naam van hydrops tubae, hydrosalpinx, sactosalpinx serosa etc. beschreven zijn geworden, zoo kan men grofweg twee vormen, twee typen onderscheiden.

Of men vindt de tuba in een worstvormigen tumor met papierdunnen blauwgekleurden wand en met slechts weinig of geen adhaesies met de omgeving vergroeid, terwijl het ligamentum latum uiterst dun en doorschijnend is, of men vindt een tumor, waarvan de wand aanmerkelijk verdikt en met zijn omgeving vergroeid is, terwijl het ligamentum latum geïnfiltreerd, verdikt is. Deze laatste vorm van hydrosalpinx verschilt van den pyosalpinx alleen hierin, dat de inhoud bij den pyosalpinx uit een purulent, bij den hydrosalpinx uit een sereus vocht bestaat. Dat die gevallen, waarbij macroscopisch geen enkel verschil met den pyosalpinx bestaat, aan ontsteking te wijten zijn, behoeft geen nader betoog. Anders is het echter met den eerstgenoemden vorm waarvan het hierboven beschreven geval een typisch voorbeeld is. Dat de aetiologie dezer aandoening gelijk te stellen is met die, welke tot den hydrosalpinx met verdikten wand aanleiding geeft, is mijns inziens in vele gevallen onjuist.

Voor het tot standkomen van een hydrosalpinx van welken aard deze ook zij, zijn in de eerste plaats twee voorwaarden noodig: afsluiting der tuba en productie van sereus vocht.

Indien de hydrosalpinx het resultaat is van een catarrhale ontsteking, dan zal het agens, dat het slijmvlies aantast en dit in een toestand van ontsteking brengt, ook bij machte kunnen zijn, afsluiting van het ostium abdominale tot stand te brengen. Het oorzakelijke moment zal tot min of meer ingrijpende anatomische veranderingen van den wand der tuba en van het slijmvlies voeren en bij voldoende vermeerderde secretie tot een retentietumor aanleiding geven.

Of een pyosalpinx later in een hydrosalpinx veranderen kan, wordt algemeen zeer betwijfeld; het rechtstreeksche bewijs hiervoor is nooit geleverd.

Houden wij dus aan de beide hierboven vermelde voorwaarden voor het tot stand komen van een hydrosalpinx vast, zoo sluit zich hieraan de vraag, of het mogelijk is dat beide voorwaarden vervuld kunnen worden, zonder dat men een catarrhale ontsteking hiervoor aansprakelijk behoeft te stellen.

Gaan wij het normale slijmvlies der tuba in zijn physiologische functies na, dan weten we dat de tuba onder normale omstandigheden geen secreet, geen inhoud heeft. Het slijmvlies is vochtig meer niet; het bevindt zich dienaangaande in denzelfden toestand

als het uterus slijmvlies. Ook hier is van een bijzondere secretie niets te bespeuren. Wel is men steeds geneigd om, waarschijnlijk door de vele overeenkomsten die het endometrium met een slijmvlies in den waren zin van het woord heeft, aan het endometrium een productie van slijm toe te kennen, doch het bewijs hiervoor is nooit geleverd.

Noch chemisch, noch anatomisch, noch microscopisch of microchemisch kan men in normale omstandigheden slijm aantoonen. Slechts in pathologische gevallen, en deze zijn nog niet eens zeer talrijk, gelukt het slijm als pathologisch product der uterusklieren te vinden. Dezelfde redeneering is op het tubaire slijmvlies van toepassing; ook hier is normaliter geen slijmproductie.

Daarentegen vindt men dat door de beide zeer vaatrijke slijmvliezen een geringe hoeveelheid sereus vocht afgescheiden wordt in niet grooter hoeveelheid dan noodig is om het slijmvlies vochtig te houden.

Slechts onder bijzondere omstandigheden, waarop o. a Landau gewezen heeft, wordt de quantiteit iets vermeerderd. Dit is namelijk bij een eventueele hyperaemie van het slijmvlies, zooals dit normaliter gedurende de menstruatie voorkomt, het geval.

Wel is waar komt het in de tuba niet tot een menstruale bloeding, doch dit gedeelte gedurende de periode geheel inactief te laten is onjuist. Er bestaat een tuba menstruatie, echter zonder menstruale bloeding. Verder dan een zeer duidelijke vaatdilatatie en oedemateuse drenking van het stroma komt het niet. Dit is wel is waar klinisch niet waar te nemen, doch anatomisch bestaan hiervoor voldoende gegevens.

Door de hyperaemie, door de sterke vaatdilatatie komt het tot een vermeerderde transsudatie van sereus vocht. Hetzelfde is in meerdere mate gedurende de graviditeit het geval, niet alleen bij uterine maar ook bij extrauterine zwangerschap.

Ook hier vindt men zoowel in de zwangere als in de niet-zwangere tuba het slijmvlies in toestand van hyperaemie; de epitheliale elementen zijn hydropisch gedegenereerd en worden in groote hoeveelheid afgestooten. Reeds Prof. Veit heeft indertijd op het voorkomen van hydrosalpinx in de niet zwangere tuba bij extra uterine graviditeit opmerkzaam gemaakt. Trouwens bij elk ander proces in het genitaal apparaat, waarbij een hyperaemie van het tuba slijmvlies optreedt kan men een hydrosalpinx aantreffen. Zoo is het voorkomen van hydrosalpinx o. a. bij myomen van den uterus een niet zeer zeldzame complicatie.

Nu komt echter gedurende den geslachtsrijpen leeftijd der vrouw een tijdperk voor, dat speciaal door een hyperaemischen toestand

der genitaliën gekenmerkt wordt. Het is namelijk die periode welke aan het climacterium voorafgaat en waarbij niet zelden ernstige stoornissen optreden.

Hoe een dergelijke hyperaemische toestand zich verklaren laat zullen wij voor het oogenblik stilzwijgend voorbijgaan.

Bij elke hyperaemie van het geslachtsorgaan vindt men deze het duidelijkst in die gedeelten, waar de vaatdilatatie ongehinderd plaats kan vinden, t. w. in het door zijn lossen bouw gekenmerkt weefsel der slijmvliezen. Het zal daar tot een vermeerderde transsudatie der sereuse bestanddeelen van het bloed door den vaatwand komen hetgeen wij klinisch als een sereuse fluor uit de genitaliën waarnemen.

Bij de oedemateuse drenking van het weefsel, welke wij aan vulva, vagina en portio bij deze aandoening geregeld vinden, voegt zich een vermeerderde sereuse afscheiding uit den uterus, welke wij in de eerste plaats afkomstig mogen rekenen van de uterus mucosa, in de tweede plaats van het tubaire slijmvlies. Er bestaat geen enkele reden, om, waar het tubaire slijmvlies in denzelfden toestand als het uterusslijmvlies geraakt niet een vermeerderde physiologische secretie uit de tuba mucosa aan te nemen, te meer daar onder omstandigheden, als hierboven beschreven, een secretietoename inderdaad voorkomt.

Indien de tuba aan hare beide uiteinden open is, zal het in dit orgaan gevormde secreet of langs het ostium abdominale, of langs het ostium uterinum afvloeien. Is het uterine einde gesloten, dan zal de inhoud door het abdominale uiteinde afvloeien en indien de qualiteit niet van dien aard is, dat het tot ontsteking van het peritoneum met opvolgende vergroeiing der fimbriae aanleiding geeft, door het peritoneum geresorbeerd worden.

Is daarentegen het ostium abdominale gesloten dan zal de vloeibare inhoud zich naar die zijde verplaatsen en het periphere gedeelte der tuba naar beneden verplaatst worden. Zoo zullen wij den bekenden retortvorm der tuba met haar abdominale pool naar beneden gericht, zien ontstaan.

Slechts in die gevallen, waar het ostium uterinum doorgankelijk blijft en waar de spierwand der tuba nog in staat is den inhoud te ontledigen, zullen wij het klinisch beeld van den hydrops tubae profluens te zien krijgen.

De experimenten van Kehrer, Landau e. a. hebben zoo al niet steeds, dan toch in de groote meerderheid der gevallen de juistheid hiervan aangetoond. Bij onderbinding der tuba van het konijn op verschillende plaatsen gelukt het vaak het tusschen de vernauwde plaatsen gelegen gedeelte tot dilatatie te brengen In die gevallen

is, afgezien van de noodzakelijk ontstane stuwing door dichtsnoering der vaten, echter alleen sprake van opeenhooping van het physiologisch in de tuba aanwezige secreet. Het zal echter eerder tot een retentietumor komen, indien het physiologisch afgezonderde secreet door bijzondere omstandigheden (hyperaemie) vermeerderd wordt.

Als nu blijft ter bespreking over de wijze, waarop een afsluiting van het ostium abdominale tot stand komen kan. Dit zal op verschillende wijzen mogelijk zijn.

Meestal zal een het tubaslijmvlies treffende ontsteking tegelijkertijd een verkleving of vergroeiing der fimbriae veroorzaken, doch de mogelijkheid bestaat, dat de oorzaak die tot afsluiting van het ost. abdominale leidt van den kant van het peritoneum komt en het slijmvlies der tuba geheel vrij, onaangetast laat.

Ten slotte blijft nog over te vermelden die wijze van afsluiting, die tot stand komt, indien de bedekkende epitheellaag van het slijmvlies door de een of andere stoornis te loor gaat en de beide onbeschut liggende bindweefsellagen onderling vergroeien. Een dergelijk proces zien wij, zooals bekend is, niet zelden bij de seniele involutie van het geslachtsapparaat, zoowel in de tuba als op andere plaatsen.

Na dit korte overzicht keeren wij tot het geval terug. Uit het herhaalde onderzoek bleek dat de tumor steeds in grootte toenam, dat wij dus niet met een afgeloopen proces te doen hadden. De praeclimacterische stoornissen van den kant van het uterusslijmvlies waren hier bijzonder duidelijk uitgedrukt, zoodat waar elke andere reden, die voor een toename van het tuba-secreet mag worden aansprakelijk gesteld, afwezig was, de hyperaemische toestand van het genitaalapparaat als de oorzaak mag worden beschouwd.

Waar wij dus in dit geval een vermeerderde productie van het physiologisch secreet der tuba verklaren kunnen, blijft voor het tot stand komen der tuba-afsluiting slechts een vermoeden over.

Of wij hier te maken hebben met een reeds vele jaren bestaan hebbende afsluiting der tuba is mogelijk, zeer zeker niet geheel te ontkennen, doch al is dit inderdaad het geval dan brengt dit geen verandering in de verklaring van het ontstaan van den tumor, die van recenten datum was. Of de afsluiting eerst korten tijd geleden tot stand gekomen was, is onmogelijk nader te bepalen. Dat wij in geenen deele met een proces te maken hadden, dat ook het slijmvlies en den wand der tuba aangetast had, blijkt uit het microscopisch onderzoek waarbij geen verschijnselen te constateeren vielen welke op een catarrhale salpingitis wezen. Noch in den wand der tuba, noch in het ligamentum latum was eenige infiltratie met

leukocyten, zooals wij die bij de ontsteking aantreffen, te vinden. Dat de plooivorming van het slijmvlies terugkeerde nadat de tuba ontledigd was geworden, bewijst dat de elasticiteit van het weefsel nog volkomen was behouden gebleven, wat zeker niet het geval zou geweest zijn, althans niet in die mate, indien een min of meer diep ingrijpende ontsteking als oorzaak moest beschouwd worden.

Dat een hydrosalpinx in het climacterium voorkomt, korten tijd nadat de menstruatie voor goed opgehouden heeft, of gedurende de jaren, die aan de menopause vooraf gaan, was reeds lang bekend. Toen men nog in de meening verkeerde, dat de praeclimacterische stoornissen aan een ontsteking van het uterusslijmvlies en ascendeerende analoge aandoening van het tubaslijmvlies te wijten waren, verklaarde men den hydrosalpinx, als het resultaat dier affectie, als het gevolg van het in de tuba opgehoopte ontstekingsexsudaat.

Nu men hiervan teruggekomen is, achtte ik het gewenscht de opmerkzaamheid op deze tubaire aandoening te vestigen, zoowel uit een theoretisch als uit een praktisch oogpunt.

Vaak symptoomloos vindt men een hydrosalpinx hier toevallig of gecompliceerd met andere afwijkingen, welke dezelfde oorzaak als basis hebben.

Ik meen dus het recht te hebben die gevallen waarvan bovenstaand geval een typisch voorbeeld is, te beschouwen als een vorm van hydrosalpinx, welke van den ons bekenden vorm van hydrops tubae, sactosalpinx serosa, welke door een catarrhale ontsteking van het tubaslijmvlies veroorzaakt wordt, streng gescheiden moet worden.

Waar in het laatste geval de inhoud van den tumor als een exsudaat op te vatten is, mogen wij in ons geval van een transudaat spreken.

Het is daarenboven meer dan waarschijnlijk, dat een vermeerdering van het physiologisch secreet der tuba en vorming van een hydrosalpinx ook door andere oorzakelijke momenten, die tot een vermeerderde vulling der bloedvaten van het slijmvlies leiden, tot stand komen kan.

INTEGRALE STATISTIEK DER GROOTE OPERATIES VAN 20 JANUARI 1899 TOT 31 DECEMBER 1899,

DOOR

Prof. B. J. KOUWER,

te Utrecht.

In navolging van eenige collega's wil ik een overzicht geven over de grootere operaties, in 't vorige jaar door mij verricht. Den dag van mijn intrede in den nieuwen werkkring als 't begin van mijn klinisch werk in Utrecht beschouwende, heb ik dus over een tijdvak van 11 maanden te berichten, waarin ik met ongeveer 575 patiënten te doen had. In de kliniek werden 173 patiënten opgenomen, in de polikliniek werden er 300 behandeld, de overigen behooren tot mijn particuliere zieken Uit een dergelijk bericht kan men eenigszins de techniek van den operateur leeren kennen, zijn daarmede verkregen resultaten en zijn wijze van indicatie-stellen. Dit laatste punt zal bij de gevallen afzonderlijk ter sprake komen, als 't noodig is. Over de techniek een enkel woord vooraf, ofschoon die niet zoo groote verschillen zal opleveren met die van andere operateurs.

Voor de narcose ben ik steeds de chloroform (Schering) getrouw gebleven. In 't afgeloopen jaar is die narcose 109 maal toegepast in de kliniek (voor onderzoek of behandeling) zonder een enkel noodlottig gevolg. Wel heb ik mij ook nu weder kunnen overtuigen van den slechten invloed van kort op elkander volgende narcoses bij dezelfde patiënt, zich voornamelijk uitende op de hartswerking, waarvoor ik dan ook ieder jaar angstiger word.

De voorbereiding voor laparotomie bestaat in herhaald baden, wasschen van den buikwand, die daarop met een Priesnitz-verband (gewoon water of sol. Burow.) bedekt wordt gedurende den nacht, om de opperhuid te verweeken. Als het kan, gebeurt dit de 2 of 3 dagen, die aan de operatie voorafgaan, in welken tijd ook voor 't ledigen van den darm gezorgd wordt. Er wordt geen bismuth, noch eenig ander medicament toegediend, behalve een purgans. De vagina wordt door herhaalde irrigaties met gekookt water gereinigd. Vlak voor de operatie wordt de buik met water en zeep duchtig bewerkt (een bosje houtwol is daarvoor juist goed — niet te hard en niet te zacht), daarna met slappen alcohol,

dan met aether en ten slotte met sublimaat 1°/₀₀. De vagina wordt met water en zeep uitgewasschen, soms daarna nog met slappen alcohol en dan met gekookt water, maar nooit met een antisepticum. De beenen worden bekleed met broekspijpen van een stof, die op een wollen deken gelijkt, het bovenlijf met een kort, wijd jakje van dik molton. De geheele omgeving van het operatieterrein wordt bedekt met een gesteriliseerd laken met een gat er in, groot genoeg voor de operatie.

De „desinfectie" der handen van operateur en assistenten heeft plaats door borstelen met warm water en zeep gedurende 5 minuten (zandlooper), dan met alcohol 60°/₀, dan met sublimaat 1°/₀₀. Iedere borstel mag slechts éénmaal gebruikt worden, en wordt daarna opnieuw gesteriliseerd. De grootst mogelijke kortheid der nagels en de afwezigheid van ringen schijnt mij nog altijd aanbevelenswaard.

De assistentie bestaat zoo mogelijk uit één assistent (aan de wond) en één zuster voor 't hechtmateriaal. De instrumenten grijp ik zelf uit den bak. Deze worden 10 minuten gekookt in 1°/₀ soda-oplossing in denzelfden bak, met geperforeerden bodem, waarin zij naast de operatietafel komen te staan, en worden dus later niet meer gerangschikt. Zij worden droog gebruikt. De messen worden met alcohol afgewreven en een uur te voren in absol. alcohol gelegd.

In een grooten bak (140 d.M³.), wordt letterlijk alles, wat bij de operatie te pas komt, (kommen, bekkens enz.) te voren gekookt.

De zijde, die *in* de buikholte, als ligatuur- of hechtmateriaal moet dienen, wordt ½ uur in zuiver water gekookt, na op een spoel gewikkeld te zijn, en dan met een steriel pincet op een sterielen handdoek gelegd bij de zuster. Daarentegen wordt de zijde, die als *huid*hechting gebruikt moet worden, òf in 1°/₀₀ sublimaat òf in 5°/₀ carbolzuuropl. gekookt gedurende ¼ uur.

Ik geloof, dat dergelijke antiseptische zijde voor huidhechtingen de voorkeur verdient. Ik heb bij 42 laparotomieën slechts één keer ettering der steekkanalen gehad (zie blz. 273) en hier was door een misverstand in zuiver water gekookte zijde gebruikt. Bij de operatie van Alexander kwam dit twee maal voor, waarvoor ik eerlijk gezegd geen aannemelijke verklaring weet te geven. Men beschuldigt daarvoor wel eens de nabijheid van den anus, en de moeilijkheid om het verband afsluitend te houden. Maar bij 14 perineoplastische operaties heb ik geen enkele draadsuppuratie gezien — en die ervaring heb ik vroeger eveneens opgedaan. De rupturen, post partum gehecht, leveren slechts bij uitzondering een slecht resultaat — en niemand zal beweren, dat hier de antiseptiek

zeer voortreffelijk gehandhaafd kan worden. Mishandelen der wondranden is ook de oorzaak niet. Bij een perineoplastiek gebeurt dit in sterker mate dan bij die lies-operatie. Het te vast aanhalen der hechtingen is ongetwijfeld van grooten invloed. Deze factor kan bij verschillende operateurs verschillende resultaten geven, maar toch niet bij één operateur op verschillende terreinen.

Catgut wordt gebruikt bij plastische operaties aan de portio vaginalis en bij de kolporraphie — nooit in de buikholte. Het wordt behandeld volgens het voorschrift van v. Bergmann (aether, sublimaat-alcohol).

Als verband komt nagenoeg uitsluitend door stoom van 100° gesteriliseerd gaas in gebruik. Vierkante lappen daarvan, met den gerafelden kant naar binnen gevouwen en dan als een zakdoek opgevouwen, vervullen de rol van sponzen. Voor tamponnade der vagina wordt jodoformgaas gebruikt; jodoformpoeder is, naar ik hoop, in mijn kliniek niet te vinden.

Zoodra de buikholte geopend is, worden de darmen achter groote lappen droog gaas weggestopt, zoodat zij onzichtbaar blijven. Aan iederen lap wordt een lange klemtang bevestigd, waardoor ongewenscht verdwalen onmogelijk gemaakt wordt. Er wordt in de buikholte geen vocht gebruikt.

In de methode van buiknaad heb ik in de laatste jaren geen verandering gebracht. De intestina worden met een gaascompres (aan een klemtang geankerd) bedekt. De draad heeft aan ieder uiteinde een naald, waarmede van de buikholte uit peritoneum, voorwand en achterwand der rectus-scheeden doorboord worden, met zorgvuldig vermijden van de spier zelf. Nu worden de draden gekruist — de naald, die in den rechter wondrand werkte, doorboort nu, van binnen naar buiten den linker huidwondrand, de andere naald volgt een overeenkomstigen weg, en als alle diepe hechtingen gelegd zijn, en het gaas weggetrokken is, worden de draden geknoopt, *waarbij zeer weinig gesnoerd wordt.* Oppervlakkige hechtingen zorgen voor nauwkeurige aansluiting der huidranden. Iedere naald wordt slechts éénmaal gebruikt bij dezelfde operatie. Of door deze naadmethode buikherniae voorkomen worden, hoop ik later op goeden grond te kunnen uitmaken. De keeren, dat een tweede laparotomie of de obductie mij gelegenheid gaf den bouw van het litteeken te onderzoeken, was ik daarover volkomen tevreden: d. w. z. ik vond in plaats van de normale linea alba een dikker litteekenweefsel, dat zich alleen door zijn vergroeiing met de huid macroscopisch als een kunstproduct deed kennen.

I. Tumor ovarii.

(11 Ovariotomieën, zonder sterfgeval.)

1. (56). VI p, 31 j. Laatste bevalling voor 8 maanden Hier bestond een groote, snel groeiende ovariaalcyste, die in den laatsten tijd veel pijn veroorzaakte. T. 38°7, P. 145. Diagnose. steeltorsie. Bij laparotomie werd een reeds gebarsten multiloculaire cyste van het linker ovarium gevonden, vrij vast met de omgeving vergroeid, zoodat er verdachte stukken van den wand op darmen en mesenterium bleven zitten. Het rechter ovarium met een kleine dermoidcyste, werd ook weggenomen. Genezing ongestoord.

Maar reeds 2 maanden later kwam zij terug met een tumor in den buikwand (sarcoom) en metastasen in de buikholte, waaraan zij thuis spoedig bezweek.

2. (80). Een meisje van 19 jaar, zonder verdachte familie-antecedenten, vroeger flink en sterk, was den laatsten tijd snel vermagerd. Tot voor 7 weken menstrueerde zij geregeld, daarna niet meer. De buik was sterk opgezet, er was fluctuatie en een doffe percussietoon tot dicht bij den proc. xiphoïdeus. Vrij vocht kon ik niet aantoonen. De port. vag. stond zeer hoog en naar voren, terwijl het cavum Douglasii door een vasten en onregelmatigen tumor werd gevuld, die verder niet in bijzonderheden te herkennen was. Van 't corpus uteri of de adnexa voelde ik niets. Per rectum nam ik een verdacht peritoneum waar met knobbeltjes (volgens mijn ervaring is dit onderzoek per rectum een der beste hulpmiddelen om een tuberculeuse peritonitis te herkennen) Ik veronderstelde dan ook een peritonitis tbc. voor mij te hebben, en liet in 't midden of er bovendien nog een tumor bij was of niet. Na het klieven van een dik peritoneum kwam er eerst wat ascites voor den dag en daarop een groote cyste, die met de geheele omgeving samengekleefd was; zij liet zich daarvan losmaken, en werd toen geopend: er ontlastte zich een groote hoeveelheid op gortwater gelijkend vocht. Ten laatste werd er een steel zichtbaar. De buikholte lag nu open en bloot voor mij — maar scheen volkomen ledig, als na een sectie, en onwillekeurig bekeek ik mijn cyste met achterdochtigen blik. Nergens was een darmlis zichtbaar. Omhoog, onder het diaphragma ontdekte ik een stukje maag, maar van daar af dekte een dik, homogeen vlies den geheelen buikinhoud volledig toe, ook het colon, de flexuur, ook het rectum, zoodat het cavum Douglasii er zeer ongewoon uitzag. Ook vond ik geen uterus, geen tubae, geen blaas! Eerst toen een assistent zijn vinger in de vagina en een katheter in de blaas bracht, kon ik die organen te midden van de stijve weefselmassa zoo ongeveer onderscheiden.

Ik wist dus ook niet precies wat voor een steel ik eigenlijk ging onderbinden. Aan een dikken bundel vaten, die na ligatuur doorgesneden werd, zag ik een dunne spierlaag, waaruit ik opmaakte, dat het een stuk van den breeden band kon zijn. Een tweede, platte steel, ook met vaten, begaf zich naar den bekkenwand en kon daarom het lig. infund. pelv. zijn.

In de membraan, die alle darmen bedekte, werden hier en daar kleine gele puntjes gezien, die aan kaasmassa's deden denken. Verder was een groot deel van het tumorbed bedekt met een dikke laag fibrine, die zich gemakkelijk liet verwijderen.

De cyste bestond uit een grooten zak, waarvan de wand 3 à 4 m.M. dik was en hier en daar gele plekjes vertoonde. Op één plaats bevond zich in den wand een bloedophooping, die onder de operatie naar buiten sprong, en waarbij een eigenaardig vormsel voor den dag kwam. Dit had de grootte van een kastanje, was week, oedemateus, hobbelig, en zou voor een ovarium gehouden kunnen worden. Het zat aan een steel vast, waarin een reeks van kleine doperwtgroote cysten als een parelsnoer aan elkander geschakeld waren. Die steel ging in den wand der oorspronkelijk met bloed gevulde holte over.

Het preparaat werd voor verder onderzoek ter zijde gelegd, maar is tot mijn spijt spoorloos verdwenen!

3. (130). De ovariotomie (multiloculaire cyste van rechter ovarium, ander gezond) bood niets belangrijks aan. Pat. had van haar 14e jaar af geregeld gemenstrueerd, de laatste 2 malen slechts waterachtig vocht in plaats van bloed verloren. Na de operatie was de bloeding weder normaal. Genezing zonder tegenspoed.

4. (150). IX p. van 34 jaren, beviel het laatst voor 9 maanden. Na dien tijd leed zij dikwijls aan hevige pijnen in den buik. Wij verwijderden een meer dan manshoofd groote cyste van 't linker ovarium, die geen steeldraaiing vertoonde. De andere eierstok was gezond en werd met rust gelaten. Het was een uniloculaire cyste. Genezing zonder stoornis.

5. (162). Bij deze 61 jarige vrouw, die 2 kinderen gehad had, was de diagnose moeilijk. De ovariaalcyste was gemakkelijk te herkennen, maar daarbij was een pijnlijk gezwel boven het rechter lig. Poupartii aanwezig, dat met de huid vergroeid was. Bij de operatie werd dit ontmaskerd als een periappendiculair absces: het wormvormig aanhangsel was geperforeerd door een speld, die er nog gedeeltelijk inzat. Hoewel de operatie daardoor meer gecompliceerd werd, gelukte het de buikholte voor infectie te vrijwaren, de appendix en het cystoom van het rechter ovarium te verwijderen, en tegelijk ook het gezonde linker. De laparotomiewond werd gesloten

en genas p. p. i. zonder een spoor van suppuratie: de lieswond werd gedraineerd en sloot zich vrij snel.

6. (271 P.). 52 j. V p. Reeds voor 7 jaren werd hier de tumor herkend. De vrouw had dikwijls last van heftige, koliekachtige pijnen, die tot morphine injecties aanleiding gaven. De cyste, ter grootte van een manshoofd, was allerwege adhaerent en vertoonde een steeltorsie van 360°. Het andere ovarium, dat ook reeds beginnende cysteuse ontaarding liet zien, werd mede verwijderd. Gladde genezing. Naderhand belangrijke climacterische bezwaren.

7. (274 P.). VI p. 28 j. Het bestaan van een tumor was aan patiënte sedert 4 jaren bekend: zij had reeds meermalen aan koliekachtige pijnen, braken, enz. geleden. Sedert 4 dagen bestonden er koorts, aanhoudend braken en groote pijnlijkheid. Er was steeltorsie van een cyste, die tot den navel reikte: behalve een uitgebreide verkleving met de omgevende deelen, gaf de operatie geen bijzonderheden. Het gezonde tweede ovarium werd achtergelaten. Ook hier ongestoorde genezing [1]).

8. (275 P.). Patiënte was 30 jaar oud, 5 jaar getrouwd en nooit zwanger geweest. Nadat zij reeds vroeger over buikpijnen geklaagd had, werd zij voor 3 jaren in eens ziek met koorts, braken en pijn in de rechter buikhelft, wat haar gedurende 3 weken in bed hield. De pijn heeft haar daarna nooit geheel verlaten: ook braakte zij dikwijls. Een jaar geleden was de vroeger normale menstruatie zoo profuus geworden, dat zij door haar dokter gecuretteerd werd. De menses kwamen daarna om de 5 of 6 weken, maar werden den laatsten tijd weder profuus. Toen ik haar zag, lag zij weder sedert 4 weken in bed voor heftige buikpijn, die met sterk meteorisme gepaard ging. Door den dikken buikwand heen werd in de coecaalstreek een zeer pijnlijke resistentie waargenomen. De geanteflecteerde uterus was dik en vast en zeer pijnlijk: de linker adnexa niet duidelijk, het rechter ovarium achter den uterus voelbaar. Een duidelijke tumor was hier niet te herkennen — maar er was toch een onzeker iets, dat de bewegelijkheid van de baarmoeder belemmerde. Diagnose: hypertrophia mucosae uteri met — misschien ook *door* chronische appendicitis en adhaesies in 't cavum Douglasii.

Toen zij 16 dagen later ter behandeling werd opgenomen, had zij in geen 7 weken gemenstrueerd. De operatie werd begonnen met curettement, waarbij de zeer wijde uterusholte mijn verwondering wekte; er kwam een matige hoeveelheid oedemateus slijmvlies voor den dag. Jodoformgaastamponnade. Daarop opening der

[1]) De laatste bevalling had 7 maanden vóór de operatie plaats; 16 maanden hierna beviel zij wederom — zeer voorspoedig.

buikholte in de l. a. De proc. vermic., 8 à 9 cM. lang, was aan zijn uiteinde uitgezet achter een insnoering en bovendien in het midden afgeknikt door een adhaesie. Hij werd op de gewone wijze weggenomen. De uterus was groot maar bevatte geen myomen. Het linker ovarium was normaal, het rechter liet zich gemakkelijk uit brooze adhaesies te voorschijn brengen, was eens zoo groot als gewoonlijk en werd verwijderd. Het bevatte een cyste met gladden, dikken wand ter grootte van twee hazelnoten. Buiknaad.

De proc. vermic. bezat een dik slijmvlies en was gevuld met geronnen bloed, in het uitgezette einde bovendien nog met op etter gelijkend vocht.

Twee dagen later werd een ei uitgestooten, dat ongeveer met den duur der amenorrhoe overeenstemde. Dat ik die zwangerschap bij mijn eerste onderzoek, buiten narcose, bij een pijnlijke patiënt met een opgezetten buik miskend heb, acht ik vergefelijk. Bij het curettement in narcose had zij mij niet mogen ontgaan. Ik wist, dat de operatie lang kon duren (een appendicitis-operatie kan allerlei verrassingen brengen), was dus bang voor de langdurige chloroformnarcose bij mijn anaemische patiënt, die tamelijk dik en aan flauwten onderhevig was, en begon dus reeds met het curettement, nog voor dat de narcose volledig was. Vandaar een slecht onderzoek — een snel curettement — en — eerlijk gezegd — het geloof aan de bewering van patiënte, dat zij niet zwanger „kon" zijn!

Enfin — de welwillende lezer trekke er de leering uit, die hem hier aangeboden wordt, — de onwelwillende hale er zijn hart aan op!

De genezing werd gestoord door een buikwandabsces, waarop nog een pleuritis volgde (zie blz. 268). De vrouw genas ten slotte en verheugt zich tegenwoordig in een uitstekende gezondheid [1]).

9. (278 P.). 15 j. Dit meisje menstrueerde van haar 12e jaar af geregeld, maar het laatste half jaar om de 14 dagen en vrij sterk. De verwijdering der dermoidcyste, die brei, haar en been tot inhoud had, leverde niets bijzonders op, evenmin als het genezingsproces. Het andere ovarium was gezond en bleef achter.

10 (284 P.). Virgo, 44 j. Pat. was het laatste half jaar sterk vermagerd, terwijl de buik dikker werd: zij menstrueerde geregeld, maar spaarzaam en klaagde vooral over moeilijke spijsvertering. De diagnose: dermoidcyste van een ovarium, werd bij de operatie bevestigd — ook de vrees voor maligniteit. Het was een lastige operatie door de vele adhaesies. Nadat het van zijn normale ver-

---

[1]) Het is natuurlijk een daad van willekeur, dit geval onder het hoofdstuk appendectomie, ovariotomie of abortus provocatus te brengen.

bindingen was afgesneden, zat het gezwel, dat haren, brei en tanden bevatte, nog alleen vast aan de flex. sigm., die over een lengte van 13 cM. gereseceerd werd. Er werd nog een groot stuk mesenterium, dat er verdacht uitzag, weggenomen, en daarna de continuiteit van den darm hersteld door een circulairen naad [1]). Deze hechting ging moeilijk, omdat de darmstukken zich niet naar buiten lieten brengen, en de geheele bewerking dus in de buikholte moest plaats hebben. 't Andere ovarium leek gezond en werd achtergelaten -- hoofdzakelijk om de operatie zoo snel mogelijk te eindigen.

Het microsc. onderzoek leerde, dat het een adeno-carcinoom was, tot aan de mucosa coli reikende.

De genezing werd door niets gestoord: den 5en dag passeerden omvangrijke faeces met gemak.

Eerst ging het haar goed, maar na 2 maanden was er een recidief op komst, dat mij 4 maanden na de operatie tot een tweede laparotomie deed overgaan, om door het aanleggen van een anus praeternaturalis verlichting te geven. In de buikholte vond ik toen vele tumormassa's, die alle tusschen de bladen van het mesenterium, ook van den dunnen darm, gezeteld schenen. Een daarvan, niet ver van den darmnaad, scheen verweekt: hier kon ik ook wat etter uit een kleine holte te voorschijn brengen, en tamponneerde dat absces daarna. Voor een veilige enterostomie was geen goede plaats te vinden, waarom de buikholte weer gesloten werd op een kleine opening na voor den tampon. Vier dagen later bezweek zij.

11. (294 P.). Mp. 53 j. Menopause voor $2^1/_2$ jaar. Deze vrouw leed sedert 7 jaren aan galsteenbezwaren en bespeurde eerst sedert een paar maanden, dat de buik dikker werd. Er was een groote cyste, die tot handbreedte boven den navel reikte. Zij was met de omgeving samengekleefd, en werd gemakkelijk verwijderd, tegelijk met het andere ovarium, dat reeds een vuistgroote cyste bevatte. Genezing zonder bezwaren.

N°. 114. Eene oude vrouw met carcinoma ovarii kreeg verschijnselen van darmafsluiting. Bij de operatie werd mijn vermoeden bevestigd, dat geen radicale hulp meer mogelijk was, en bepaalde ik mij tot het maken van een anus praeternaturalis. Daarvan heeft de vrouw nog geruimen tijd de weldaden ondervonden.

Drie andere vrouwen (n°. 4, 136 en 156) hadden eveneens inoperabele ovariaal-carcinomen. Hier werd geen behandeling ondernomen.

---

[1]) Doorloopende zijde — hechting in drie verdiepingen.

II. Myoma uteri.

Bij 43 patiënten werd een myoma uteri gevonden: in 15 gevallen ging ik tot een operatie over. Ik heb o. a. gemeend de operatie te moeten ontraden in het volgende geval: eene nog niet te oude vrouw had eenmaal een dood kind ter wereld gebracht en verlangde sterk naar eene nieuwe zwangerschap. Het vrij groote subsereuse fibromyoom veroorzaakte matige bezwaren van mechanischen aard. Ik gaf haar in overweging het er op te wagen, en tijdens een eventueele zwangerschap terug te komen om te zien, of er dan eenige reden tot behandeling zou bestaan. — Bij een andere heeft de verwijdering van een poliep de bloeding bedwongen, ofschoon de geheele baarmoeder doorspekt is met myomen. In een der niet geopereerde gevallen *schijnt* schildklierextract een gunstigen invloed op de bloeding uit te oefenen.

Naar gelang van omstandigheden heb ik op verschillende wijzen geopereerd.

a. Exstirpatio abdominalis uteri myomatosi.
(7 gevallen, alle genezen.)

1. (49). Virgo, 35 j. Een uterusfibroom van ruim anderhalven vuist wordt wegens profuse menstruatie, die reeds 3 jaren bestaat, verwijderd: hierbij wordt in hoofdzaak de methode van Doyen gevolgd [1]). Genezing ongestoord.

2. (126). Mp. 39 j. Zij bespeurde een zeer snelle vermeerdering van haar buikomvang en toenemende pijnlijkheid. De weekheid en de anatomische verhoudingen van den tumor maakten de diagnose moeilijk, zoodat ik, ofschoon een uterusmyoom aannemende, de mogelijkheid van een ovariaalcyste toch niet durfde uitsluiten. De operatie geschiedde hier geheel volgens Doyen, zonder moeilijkheden op te leveren, en werd door een normale genezing gevolgd.

3. (133). Mp. van 37 j. Van deze patiënt heb ik veel verdriet beleefd. Zij beviel het laatst voor 2 jaren zonder moeite. De buik werd het laatste jaar dikker en de laatste maanden pijnlijk. Ook de menstruatie werd pijnlijk, duurde langer en ging met meer bloedverlies vergezeld dan vroeger. Daarbij kreeg zij hinder bij de urineloozing. Ik vond een fibromyoma uteri, dat tot den ribbenboog

---

[1]) Het essentieele van Doyen's methode bestaat in de volgorde der verschillende bewerkingen: 1°. van uit het cavum Douglasii het laq. post. vag. openen 2°. omsnijden der portio 3°. grijpen van één parametrium met de hand 4°. doorknippen van dezen breeden band 5°. lostrekken van den uterus van de blaas 6°. grijpen en doorknippen van het andere lig. lat 7°. afbinden der vaten en dichtnaaien van het verwonde bekkenperitoneum. Die methode „in hoofdzaak volgen", beteekent voor mij dus: „die volgorde getrouw blijven."

reikte. De portio vaginalis had de grootte van een sinaasappel. Het myoom zat in de voorlip: de achterlip lag daar sikkelvormig om heen. Na laparotomie werd de geheele uterus verwijderd, trapsgewijze, van boven naar beneden gaande, de ligamenten met zijde onderbindende. De vaginaalwondranden en die van het bekkenperitoneum werden, beide afzonderlijk, met doorloopenden naad gesloten. Na twee dagen bleek er een fistula uretero-vaginalis ontstaan te zijn. Overigens genas de vrouw glad. Vier weken na de operatie onderzocht ik de fistel, om een operatieplan vast te stellen. Hoewel ik daarbij zeer voorzichtig te werk ging, bleek na eenige uren, dat ik daardoor kwaad gesticht had. Er kwamen duidelijke ileusverschijnselen, die ik aan een plaatselijke peritonitis toeschreef, en waartegen ik dadelijk met laparotomie te velde trok. Ik vond nu een algemeene peritonitis: in de buikholte was veel troebel dun vocht. De geheele buikinhoud werd snel geëventreerd en met steriel water afgespoeld. In het kleine bekken was de vloeistof meer etterachtig. Daarbij overtuigde ik mij tegelijkertijd, dat aan den ouden peritoneaalnaad, in den bodem van het cavum Douglasii, geen enkele adhaesie was ontstaan. De ureterfistel onder deze omstandigheden te opereeren leek mij te gewaagd, en ik bepaalde mij er daarom toe van hier uit een opening naar de vagina toe te maken en daardoor te draineeren. Na repositie der darmen buiknaad. Na eenige dagen kwam er urine uit den ondersten buikwondhoek en uit de vagina, maar spoedig loosde zich alle urine van de rechter nier weder door de vagina alleen. Vier weken later verliet pat. het bed in goeden algemeenen toestand. Doch na vier dagen ging het weer mis. De vrouw kreeg buikpijn en aandrang tot urineeren bij normale pols en temperatuur. De ureterfistel bleef dezen dag geheel droog. De rechter nier scheen vergroot en was pijnlijk bij betasting. In den loop van den dag nam de pijn toe en verbreidde deze zich over den geheelen buik, die tevens meer en meer opzette: de vrouw braakte niet; klaarblijkelijk stond een herhaling van de vorige ellende voor de deur. Na alles wat er gebeurd was, oordeelde ik de vooruitzichten van een plastische operatie (uretero-cysto-neostomie) zoo slecht, dat ik mij gerechtigd achtte de nier te exstirpeeren. Dit deed ik nog dienzelfden dag, door middel van een lendensnede, en probeerde daarop een sonde door den ureter naar de vagina te brengen, om hier een nieuwe drainage aan te leggen. Dit ging niet. Na sluiten van de lendenwonde opende ik de buikholte naast het oude litteeken, vond veel adhaerente darmen — maar in de bekkenholte geen spoor van exsudaat, geen teeken van de versche peritonitis, die ik verwachtte! Buikwond gesloten.

De vrouw genas nu snel, zonder eenige suppuratie en keerde gezond naar huis terug.

De ureterfistel is stellig ontstaan door een der naden, die de vaginaalwond moesten sluiten: doorsnijden bij de operatie is zeker niet gebeurd. De eerste aanval van peritonitis werd veroorzaakt door manipuleeren aan de fistelopening in het laquear vaginae, waardoor een periureterale etterophooping in de buikholte gebarsten is. De tweede aanval van „peritonitis" — of liever de symptomen daarvan, berustten in het geheel niet op buikvliesontsteking, maar op acute afsluiting van den ureter. De geëxstirpeerde nier bezat uitgezette kelken en bekken, gevuld met *heldere* urine. Ook het nierparenchym was nog volkomen gezond. Het blijkt dus, dat een ureterfistel lang bestaan kan, zonder dat noodzakelijk een nierinfectie behoeft te volgen — dat men dus verplicht is, de nier niet eerder op te offeren dan dringend noodig is, en liever de eene of andere plastische operatie te verrichten. In mijn geval meen ik, dat de radicale weg volkomen geïndiceerd was.

4. (167). IV p. 38 j. Laatste bevalling voor 9 jaar. Reeds als kind menstrueerde zij overvloedig, later altijd zeer ongeregeld, het laatste jaar zeer profuus met de meest ongeregelde intervallen. De vergroote baarmoeder lag achterovergekanteld en liet zich slechts met veel moeite gedeeltelijk reponeeren: daardoor kon de grootte van den tumor niet nauwkeurig bepaald worden; hij werd overschat. Daar de diagnose niet volkomen zeker was en ik mij vleide met de mogelijkheid van enucleatie en behoud van den uterus, verkoos ik den abdominalen weg. Er moesten een paar adhaesies aan de achtervlakte losgemaakt worden. De vergrooting was te gelijkmatig om aan enucleatie te denken, en daarom werd de uterus totaal geëxstirpeerd, in hoofdzaak volgens Doyen's voorschrift. In den fundus uteri vond ik een paar kleine fibromyomen, den geheelen wand sterk verdikt en het slijmvlies eigenaardig vlokkig gewoekerd. Genezing zonder stoornis.

5. (273 P,). X p. 45 j. Deze anaemische vrouw menstrueerde de laatste 2 jaren te vaak en te erg, en had de laatste 14 dagen telkens last van urineretentie. Het uterusmyoom nam hier het geheele kleine bekken in en reikte tot den navel. De operatie (type-Doyen) en de reconvalescentie boden geen bijzonderheden aan.

6. (281 P.). Virgo, 38 j. De menstruatie was hier altijd volkomen normaal. Voor 14 dagen kreeg zij hevige pijnen in den buik, wat zij aan een val toeschreef. Ik was in twijfel, of hier twee gesteelde fibromata uteri of 2 soliede ovariaaltumoren aanwezig waren, maar helde het meest tot de laatstgenoemde diagnose over. De uterus cum annexis werden in hoofdzaak volgens

Doyen's methode verwijderd. Het op deze wijze verkregen preparaat gaf de verklaring van de diagnostische moeilijkheid. De uterus is iets grooter dan normaal en bevat in voor- en achterwand een intramuralen fibroomknobbel. Op den fundus zit nog een klein, gesteeld exemplaar. Links is een kleinere, rechts een iets grootere gesteelde fibroomknobbel. De linker heeft een zoo langen en zoo dunnen steel, dat hij gemakkelijk torsie zou kunnen ondergaan (pijnaanval der patiënte na een trauma). Dat die torsie er geweest is, zou nog uit de aanwezigheid van een paar verscheurde neomembranen op dezen tumor kunnen blijken. Beide ovaria bevatten een kleine cyste. De symmetrische zitplaats dezer twee gesteelde fibromen maakt het duidelijk, waarom het te voren niet duidelijk was.

Den 3en dag kreeg zij koorts en stinkende diarrhoe, waaraan zich een appendicitis aansloot. Nadat zich per vaginam stinkende etter had ontlast, nam de ziekte een gunstige wending, en herstelde de vrouw spoedig geheel. De buikwond was zonder een spoor van suppuratie genezen.

Ik heb hier een appendicitis aangenomen om de objectieve symptomen (pijn, zwelling, demping in de coecaalstreek, langdurig infiltraat op die plaats in het convalescentietijdperk) die zich aan een darmkatarrh aansloten. De wond in de vagina liet den weg open voor die ontstekingsproducten, die zich achter het coecum, achter den proc. vermic. gevormd hadden. Natuurlijk kan er ook een stompinfectie geweest zijn, en ware de darmkatarrh daarvan dan het eerste teeken. Dit laat zich moeilijk uitmaken.

7. (289 P.). Virgo, 37 j. Patiënte was in hooge mate anaemisch door de profuse menstruatie, die haar reeds 7 jaren ondermijnde. Er was een hard fibromyoom, dat tot even onder den navel reikte. Merkwaardig was een sterk oedeem van het slijmvlies der port. vag., alsof er een infiltratie volgens Schleich had plaats gehad. De myomateuse uterus werd in zijn geheel verwijderd met een kleine wijziging van de methode van Doyen: omdat het achterste scheedegewelf niet toegankelijk te maken was, werd het voorste het eerst geopend, na terugschuiven van de blaas. Ongestoorde genezing.

In al deze gevallen zijn de ovaria ook verwijderd.

b. Amputatio uteri myomatosi supravaginalis.

(3 gevallen, alle genezen).

1. (67). Multipara van 35 j. Het kinderhoofdgroote myoom veroorzaakte hier voortdurend pijn, die bij tusschenpozen erger werd: de menstruatie was eer te spaarzaam.

Mijn plan was hier totaal-exstirpatie te verrichten — maar de

cervix was zoo lang, dat mij dit een noodelooze complicatie bleek. Na afbinden der lig. lata, ook der a. a. uterinae, en terugschuiven van de blaas werd de cervix vlak boven de vagina dwars doorgesneden. De wond bloedde daarna niet meer. De uterusstomp en die der breede banden werden nu met het bekkenperitoneum bedekt, dat door een doorloopende hechting gesloten werd.

De wondgenezing ging best, maar patiënte kreeg een pleuropneumonie, waardoor zij tamelijk lang in de kliniek moest blijven.

2. (83). Deze vrouw had een achterover gekanteld, in het cav. Douglasii vastgegroeid uterusmyoom, dat reeds gedurende drie jaren de urineloozing stoorde en profuse menstruatie veroorzaakte. Zij had drie kinderen gehad en was nu 49 jaren oud.

Aanvankelijk kon ik het myoom niet uit het bekken los krijgen. Daarom werden eerst de breede banden doorgesneden en afgebonden, daarna de blaas teruggeschoven, na opening van de omslagplooi van het peritoneum, hierop de a. a. uterinae onderbonden en de cervix dwars doorgesneden. Deze bloedde nu niet meer. De uterus werd vervolgens het onderste boven uit de bekkenholte getrokken onder verscheuring van de sterke adhaesies. De wond in het bekkenperitoneum werd door een doorloopende hechting gesloten, waaronder de cervix- en ligamentstompen tevens werden verborgen. Pat. genas zonder eenigen hinder.

3. (279 P.). 39 jaar oud, 15 jaar kinderloos getrouwd. Na een hevigen schrik (brand in huis) tijdens de menstruatie zou deze, vroeger altijd volkomen normaal, bijna zonder ophouden 2 maanden achtereen geduurd hebben. Den laatsten tijd was de buik zeer pijnlijk. Er was een uit vele knobbels bestaand gezwel te voelen, dat een handbreedte boven de symph. reikt. Ovaria kon ik niet onderscheiden, maar het gezwel ging duidelijk van den uterus uit. Bij laparotomie was het eerst onmogelijk den myomateusen uterus naar buiten te trekken. Het cav. Douglasii werd versperd door de cysteuse ovaria, die daar zoodanig vastgeklemd zaten, dat ook zij niet te verwijderen waren zonder gevaar voor onberekenbare scheuren. Eerst nadat de breede banden links en rechts een eindweegs afgebonden en doorgesneden waren, de blaas na klieving van het peritoneum naar beneden geschoven was, en daardoor de enucleatie van een flinken cervix-knobbel mogelijk was geworden, kreeg ik de cervix voldoende vrij — niet om haar tot in de vagina te vervolgen (zij scheen eindeloos lang!) maar om haar zoo laag mogelijk, dwars door te snijden, waarbij ieder spuitend vat dadelijk in een schuiver gepakt werd. Zoo werd het cavum Douglasii bereikt, en konden de sterk vergroeide ovaria worden weggenomen. Het rechter was fibreus, tweemaal zoo groot als gewoonlijk — het

linker had de grootte van een sinaasappel, barstte en liet dermoïdbrei, gemengd met haren, uitvloeien. De cervixstomp bloedde niet meer. Daar het gemaltraiteerde peritoneum als het ware van zelf over die stomp heenviel en zijn verwond oppervlak, waarvan talrijke uitgebreide adhaesies losgescheurd waren, ongetwijfeld spoedig zou samengroeien, achtte ik een afzonderlijken peritoneaalnaad in het bekken overbodig. Pat. genas zonder complicaties. Vijf maanden na de operatie werd zij zeer verontrust door „menstruatie", die eenige dagen duurde en zich zes weken later herhaalde. Ik kon aan de port. vag. noch in het bekken eenige afwijking vinden. Overigens was pat. volkomen gezond [1]).

c. *Exstirpatio vaginalis uteri myomatosi.*
(2 gevallen; één overleden).

1. (77). Een schippersvrouw van 39 jaren, moeder van 7 kinderen, had reeds 9 jaren lang te rijkelijk gemenstrueerd, wat haar tot een bedenkelijken graad van anaemie had gebracht. Het uterusmyoom reikte tot halfweg den navel en liet zich gemakkelijk in het bekken indrukken. Per vaginam werd het gezwel verkleind en met de ovaria verwijderd, waarbij de angiotribe van Tuffier gebruikt werd om de bloeding te voorkomen. De vaginaalwond werd geheel gesloten met catgut.

Na de operatie, die geen bloed en weinig chloroform gekost had, bleef de pols eenige dagen klein en frequent, en bereikte de temperatuur als maximum 37°8. Toch kon patiënt na drie weken de kliniek genezen verlaten en nam spoedig in krachten toe.

Of de polsfrequentie post. op. afhankelijk was van bloeding in de buikholte of van chloroforminvloed, durf ik niet uitmaken.

2. (288 P.). V p. 43 j. De laatste jaren was de menstruatie bij deze patiënt langdurig en overvloedig, het laatste jaar bovendien anteponeerend en meer profuus. Toen de bloeding eenige weken aanhield, werd de dokter geroepen, die daaraan met ergotine trachtte te gemoet te komen. De laatste weken bestond er een stinkende, waterachtige uitvloeiing, die met vaginale, later met intraüterine irrigaties bestreden werd, waarbij ook gangraeneus weefsel mee naar buiten kwam. De laatste 14 dagen had patiënt nu en dan koorts, sedert een paar dagen zelfs hooge koorts.

Er was een fibromyoma uteri tot drie vingerbreedten onder den navel met één intraligamentairen knobbel en een anderen in den achterwand. Door het lange collum kon het ost. ut. int. niet be-

[1]) Tot nu toe, Nov. 1900, vertoont zich alle 5 à 6 weken een geringe bloeding, die één dag duurt. Geen climact. bezwaren van beteekenis.

reikt worden. Er bestond ook nu een stinkende uitvloeiing; beweging van den uterus was pijnlijk.

Zij werd den volgenden dag per trein en per rijtuig naar hier gebracht, wat haar aanvankelijk goed bekwam. Den nacht vóór de operatie kreeg zij hevige pijn in den buik. Bij de operatie, bestaande in vaginale uterus-exstirpatie door morcellement, stroomde er een massa stinkende etter uit de buikholte. De breede banden werden met zijde afgebonden.

Nog dienzelfden dag overleed de patiënt. Er was een rottend myoom, dat eerst kort vóór de operatie tot de septische peritonitis had aanleiding gegeven.

d. Enucleatio abdominalis myomatis uteri.

(1 geval, genezen).

Deze operatie werd éénmaal verricht bij n°. 137, een geval, dat groote diagnostische moeilijkheden opleverde. De 33 jarige vrouw had 12 zwangerschappen achter den rug, die zonder groote moeilijkheden afliepen. Alle kinderen, op twee na, werden dood geboren, het eerste na tangverlossing, de anderen spontaan. Voor drie weken kreeg zij een miskraam van drie maanden: omdat de bloeding niet ophield, werd zij nu naar de kliniek gezonden. Er bestond onvermogen om te urineeren. Nadat de sterk gevulde blaas geledigd was, vond ik een zeer bewegelijken uterus, in grootte en vorm met een eenigszins plat gedrukten, grooten appel overeenkomende, tegen den voorsten buikwand aan: het halskanaal was achter en boven de symphysis slechts met moeite te bereiken; nog even kon men daarin indringen en er weefselmassa's (placentairresten?) bereiken. Het achterste scheedegewelf puilde uit door een half-vast gezwel, dat van onderen glad en scherp begrensd was door een bol oppervlak. Boven waren de grenzen niet te bepalen: men voelde daar een uiterst onduidelijk dak boven den tumor, dat hol scheen te staan, rechts wat hooger dan links. Temp. 38°6. De uterus werd met de curette schoongemaakt, maar eerst na herhaalde uitspoelingen van het cavum uteri, na 5 dagen, daalde de temp. tot de norma en hield de stinkende uitvloeiing op.

Mijn eerste gedachte was aan een haematocele retro-uterina door bersten van een ectopischen zwangerschapszak. Toen ik de placentairresten in handen had, moest ik een gelijktijdige intra- en extra-uterine zwangerschap aannemen. Die onderstelling liet ik vallen, toen ik uit oude klinische ziektegeschiedenissen leerde, dat deze patiente een ovariaalcyste had, die zij weigerde te laten wegnemen. Ik kon mij de zaak nu niet anders voorstellen, dan dat die cyste gebarsten was bij den abortus en de daarop gevolgde manipulaties.

Bij verdere waarneming werd het gezwel kleiner en vaster: de uitgestorte cysteïnhoud was dus op weg van resorptie. — Wat bleek nu bij de operatie, ongeveer een maand na het opruimen van den abortus verricht? Dat er een subperitoneaal, week myoom bestond, uitgaande van den achterwand van de cervix — daarmede breed verbonden!

Dit gezwel werd uitgepeld na klieven van zijn omhulsel, en het bed met diepe zijden hechtingen gesloten, zonder resectie van overvloedig weefsel. De vrouw genas glad.

Deze verkeerde diagnose wordt verklaard (ik zeg niet: gerechtvaardigd!) doordat ik geloof gehecht heb aan de vroeger door zeer competente onderzoekers gestelde diagnose van ovariaalcyste: — die diagnose was herhaaldelijk en onder gunstige voorwaarden, post partum, gesteld. Van onder was de tumor door een glad, convex oppervlak begrensd, wat strookte met de veronderstelde intraperitoneale zitplaats: zijn bovenvlak was moeilijk scherp te bepalen — wat zijn verklaring kon vinden in darmadhaesies of in een weekere bovenlaag.

Inde error!

e. Enucleatio vaginalis myomatis uteri.

(1 geval, overleden).

(272 P.). Voor 2 jaren had deze patiënte, een virgo van 32 jaar, mij voor profuse menstruatie geraadpleegd. Ik vond destijds een myoomknobbel ter grootte van een knikker in den achterwand der baarmoeder en raadde haar, daaraan voorloopig niets te doen. Nu kwam zij terug: er bestonden trouwplannen. Gedoogde de toestand der genitalia dat? De menses waren nog altijd anteponeerend en profuus. Zij was elders in narcose onderzocht, waarbij een vrij groote tumor gevonden was. Buiten narcose, door de nauwe vagina vrij moeilijk onderzoekende, vond ik het myoom ter grootte van een appel in het laquear post. dadelijk te bereiken.

Het myoom was dus grooter geworden: was het raadzaam het bloot te stellen aan den invloed van een eventueele zwangerschap? Naar alle waarschijnlijkheid kon het nu nog zonder veel bezwaar geënucleëerd worden, per vaginam, met behoud van den uterus — en dus lag eigenlijk de meest ideale oplossing voor de hand.

Toen ik de operatie begon, moest er al dadelijk een flinke zijdelingsche incisie in vulva en vagina gemaakt worden, om ruimte te krijgen. Een dwarse snede in het laq. post., later nog een tweede loodrecht daarop, verschafte toegang tot de buikholte. Met een kurketrekker werd de tumor met zeer veel moeite naar buiten getrokken, daarop zijn kapsel gekliefd, en het gezwel, bestaande

uit vele kleinere knobbels, geënucleeërd. In den voorwand der baarmoeder zat nog een tweede myoom, ter grootte van een hazelnoot, intramuraal, dat op dezelfde wijze behandeld werd. Door diepe en oppervlakkige hechtingen (zijde) werden de gemaakte holten, waarvan de grootste tot aan de nog ongekwetste mucosa reikte, gesloten, gelijk ook de verschillende tangverwondingen. Na het stillen van alle bloeding werd de uterus weer op zijn plaats gebracht. Als ik mij niet moreel verplicht had gevoeld de baarmoeder te sparen, had ik er de voorkeur aan gegeven dit gehavende orgaan te verwijderen. Er werd een gaastampon in Douglas' ruimte gelegd, en de vagino-vulvaire wond gehecht.

Den dag na de operatie kwamen er flatus. De volgende dagen steeg de polsfrequentie bij normale temperatuur en klaagde patiënt over toenemenden meteorismus. Met clysmata werden dagelijks alvus en flatus te voorschijn gebracht, maar de benauwdheid verminderde niet. Den 4en dag nam ik den tampon uit de ruimte van Douglas weg en onderzocht met den vinger zoo hoog mogelijk, of daar ook een darmadhaesie te vinden was, maar ontdekte niets bijzonders. Den 5en en 6en dag ongeveer dezelfde toestand. Zij braakte in het geheel niet, maar bleef benauwd en gejaagd, ofschoon een in het rectum geschoven buis veel gas deed ontwijken. Voortdurend werden darmrommelingen gehoord. De pols bleef klein en frequent, de temp. bij de 38°. Den 7en dag werd de pols onder digitalis- en kamfer-gebruik iets beter en volgde er op een clysma dunne alvus, weinig gas. Ook nu steeds geen spoor van braakneiging. Den 8en dag echter werd alles minder en trad 's middags de dood in. Geen sectie.

Wat is de oorzaak van den dood geweest? Het uiterlijk van den buiktampon, de afwezigheid van wondsecreet, de geringe verhooging der temperatuur (max. 38°) sluiten gangraen van de uteruswondranden uit. Peritonitis, die na 8 dagen den dood ten gevolge heeft, zonder braken verloopt en zonder noemenswaardige pijn, is niet aannemelijk. Een darmadhaesie aan den verwonden uterus? Zat die in een hoog darmgedeelte, dan zou patiënte zeker gebraakt hebben: zat die laag in den dunnen darm, dan zou het peripheer van de strictuur gelegen darmstuk, dus het geheele crassum, nog flatus en alvus hebben kunnen doorlaten, terwijl de daarvoor stagneerende darminhoud de intoxicatie veroorzaakt kon hebben. Dit lijkt mij de meest waarschijnlijke verklaring: tevens was dan een denkbare fout in de nabehandeling aan het licht gebracht. Een bij tijds verrichte laparotomie had wellicht redding kunnen brengen. Aan het *eind* van een dergelijk proces, bij de gebleken zekerheid dus, dat het met de manier van doen, die men gekozen heeft,

niet gegaan is, is die redeneering absoluut juist. Maar *gedurende* het proces, als men de patiënt, die, gelijk hier, bij de operatie veel bloed verloren heeft en nu een slechten pols heeft, ongaarne aan de kansen van een laparotomie blootstelt — als de verschijnselen niet slecht genoeg zijn, om te wanhopen, niet goed genoeg, om gerust te zijn — ja — dan blijft de beslissing uiterst moeilijk. De eene keer treft men dan het goede moment daarvoor, een andere maal laat men dit juist voorbijgaan — en een derde keer verandert de toestand precies op het oogenblik, dat men het zware besluit tot weder ingrijpen genomen heeft — ten goede!

De nabehandeling daargelaten, geloof ik, dat enucleatie langs ventralen weg hier beter geweest ware.

f. Castratio et myomectomia.

(1 geval, genezen.)

(270 P.). Bij deze 32 jarige virgo was als eenige oorzaak voor toenemend oedema crurum, dat den laatsten tijd meer bezwaren ging geven, de afwijking der genitalia te beschuldigen. Zij menstrueerde op normale wijze. In het kleine bekken lag een myoom, ter grootte van een klein kinderhoofd, vast. Het was, zooals bij de operatie bleek, een gesteeld subsereus fibromyoom van den fundus uteri. Het werd, na afbinden van den steel met zijde, verwijderd. De uterus, ter grootte van een kalabaspeer, zat vol kleine subsereuse myoomknobbels. Het scheen mij hier beter toe de ovaria weg te nemen dan den uterus, wat ik dan ook deed. Zij genas zonder tegenspoed, menstrueerde niet meer, vertoonde geen climacterische bezwaren, en verloor *langzamerhand* het oedeem der beenen.

III. Salpingo-oöphoritis.

(4 laparotomieën, 3 genezen).

Er werden 12 vrouwen in de kliniek opgenomen, bij wie salpingo-oöphoritis het hoofdaandeel in het ziektebeeld had. Door een resorbeerende behandeling (rust, heete vaginaaldouches, ichthyolglycerine) zijn de bezwaren aanmerkelijk verminderd bij 6 patiënten: 2 weigerden verdere behandeling; bij 4 werd de operatieve weg gekozen.

1. (n°. 23). Door mijn voorganger, prof. Halbertsma, was bij deze 30 jarige vrouw, die in de 9 jaren van haar huwelijk 10 miskramen had gehad, voor 2 jaren de eene tuba weggenomen en tevens ventrofixatie verricht. Spoedig volgde daarop weder een abortus, en viel de baarmoeder weder achterover. Daar ze steeds pijn bleef houden en profuus menstrueerde, en een massa van ontstoken weefsel achter den vastzittenden uterus hardnekkig weer-

stand bood aan een resorbeerende behandeling, ging ik tot laparotomie over. Er werden vele adhaesies tusschen darm en buiklitteeken gevonden, en niet zonder moeite bevrijdde ik de baarmoeder uit de vele vliezige verbindingen met de omgeving: van de vroegere ventrofixatie was geen spoor meer te vinden. De zieke tuba, met een dun, bruinachtig vocht gevuld, en het bijbehoorende ovarium, werden weggenomen. Ik had nu den uterus tegelijk mede kunnen verwijderen: er bestond alle reden om hier een gonorrhoische infectie aan te nemen. Maar de vrouw had mij uitdrukkelijk verzocht dat niet te doen, als het niet absoluut noodig was — en daarom verrichtte ik nogmaals ventrofixatie: drie zijden draden werden diep door de uterus-musculatuur heen gehaald, aan de voorvlakte, beneden de lijn, die de tubahoeken vereenigt. Die draden vereenigden daarna een deel van de buikwondranden op dezelfde wijze, waarop ik den buikwand gewoonlijk sluit, nl. in den vorm van een cijfer 8 — en de overige wond werd op overeenkomstige wijze gesloten. De uterus-draden werden eerst na drie weken weggenomen.

De uterus is daarna in goeden stand gebleven, maar de vrouw vertoonde allerlei verschijnselen, die ik aan de castratie meende te moeten toeschrijven; experimenti causa gaf ik haar ovarinetabletten. Niet alleen verminderden haar klachten onder deze behandeling — maar zij ging zelfs weer menstrueeren — eindelijk zelfs te vaak en te sterk! Ik liet dus die medicatie staken.

Zij is verbeterd — maar niet genezen. Zij heeft minder pijn dan vroeger, kan weer werken en ziet er goed uit. Maar volkomen tevreden is zij evenmin als ik.

2. (n°. 61). Voor 7 jaren kreeg deze vrouw van 25 jaren haar eerste en eenige kind. Van dat oogenblik af is zij ziek: altijd pijn, nu eens geregelde menses, dan weder te erg of te vaak.

De algemeene toestand ging eveneens meer en meer achteruit, en hoewel zij zich herhaaldelijk aan allerlei behandeling had onderworpen, werd zij niet beter. Bij dit bleeke, magere vrouwtje vond ik naast de baarmoeder twee tumoren, den een ter grootte van een appel, den ander iets kleiner, beide even pijnlijk, die ik voor zieke tubae en ovaria mocht houden. Uit den uterus vloeide groene etter, met veel gonococcen daarin. Ofschoon de vrouw steeds licht febriciteerde, besloot ik na drie weken gewacht te hebben, de zieke genitalia te verwijderen en wel door laparotomie, omdat ik alles wilde wegnemen en voor darmadhaesies bevreesd was, die een vaginale operatie misschien onvolledig zouden maken. De eene etterzak berstte bij de pogingen om hem los te maken; uterus en adnexa werden geheel verwijderd, het subperitoneale weefsel naar

de vagina toe door gaas gedraineerd, en de wond in het bekkenperitoneum met een doorloopende hechting gesloten. De eene tuba bevatte veel, de andere geen etter; maar deze was met het ovarium tot één massa samengegroeid.

De vrouw genas zonder tegenspoed. Er volgden geen climacterische stoornissen, en de vrouw verklaarde, dat zij zich nog nooit zoo goed had gevoeld als tegenwoordig.

3. (n⁰. 155). 25 j. Sedert 5 jaren getrouwd, niet zwanger geweest. Zij meende van het begin van haar huwelijk af ziek te zijn, veel pijn te lijden in den onderbuik en dikwijls koorts te hebben. De menses waren vrij geregeld. Er was een tumor ter grootte van een zwangere baarmoeder in de 6e maand. De uterus was daardoor geheel op zij gedrongen. Na voorzichtig onderzoek wist ik wel zeker, dat er etter in zat — vermoedelijk in een ovariaalcyste, — maar verder kon ik het met de diagnose niet brengen. Na opening van den buik in de l. a. vond ik een gezwel, dat allerwege met de omgeving vergroeid was, en maakte het zoo ver mogelijk daarvan los. Er kwamen darmlissen te zien met kleine puntjes bezet, die veel op tuberkels geleken. Het duurde niet lang, of de cyste barstte en ontlastte gelen etter, waartegen de vrije buikholte door gaastamponnade beschermd werd. Ik opende den zak nu verder en kwam in een appelgroote holte, van waar uit ik, met den vinger borende, in een dieper gelegen afdeeling kwam, die eveneens etter bevatte. Ik vond het veiliger af te zien van radicale exstirpatie, en bepaalde mij daarom tot tamponnade en drainage. De ettering is langzamerhand verminderd en de vrouw werd dik en blozend — zóó gezond zelfs, dat zij de verdere genezing niet in de kliniek wilde afwachten en met granuleeronde wond en schrompelend gezwel naar huis ging. Vermoedelijk is het een suppureerend cystoma ovarii geweest —; zekerheid heb ik daaromtrent niet gekregen.

4. (n⁰. 16). Hier was eenigen tijd te voren op de chir. kliniek een operatie verricht voor appendicitis, waarvan zij een coecaalfistel had overgehouden.

Zij kwam 's morgens op de polikliniek met hevige pijn in het onderlijf, die mij afhankelijk bleek te zijn van een etterophooping in het bekken.

Ik raadde haar dadelijk in de kliniek te komen, wat zij 's middags deed: 's nachts openbaarden zich plotseling alle verschijnselen van een foudroyante peritonitis, waarom ik ijlings laparotomie verrichtte. Voor zoover de allerwege samengekleefde darmen dit toelieten, werden ettelijke etterholten geledigd en gereinigd, en vooral veel etter uit het kleine bekken geveegd. Hier en daar werd een stuk gaas tot drainage naar binnen geschoven, en de wond slechts

gedeeltelijk gesloten. Het gelukte, haar over de eerste gevaren heen te brengen, maar na 7 weken overleed zij aan een slepende pyaemie. Bij de sectie werd o. a. een dubbelzijdige salpingitis gevonden, maar de juiste samenhang der verschijnselen was niet meer na te gaan — met name niet, of de salpingitis de appendicitis had veroorzaakt — of omgekeerd. Ik vermoed, dat de tubae het eerst ziek zijn geweest.

IV. Carcinoma uteri aut vaginae.

(1 maal laparot., overl.; 3 maal vag. hysterect., 1 overl.).

Hieraan leden 13 patiënten; 7 konden niet meer voor een radicale operatie in aanmerking komen. Bij haar moest ik mij dus met een palliatieve behandeling tevreden stellen (scherpe lepel, Paquelin, tannine-jodoformgaas) die zonder uitzondering een weldadigen invloed had op den subjectieven toestand der patiënten. Bij de anderen werd op de volgende wijze gehandeld:

1. (n°. 59). Pat. was 54 jaren oud en vertoonde ongeveer sedert 5 maanden symptomen, van een carcinoma corporis uteri afhankelijk. De uterus werd per vaginam geëxstirpeerd, waarbij de angiotribe van Tuffier gebruikt werd.

Zij genas ongestoord, maar er heeft zich vermoedelijk een klein pneumonisch proces afgespeeld (temperatuursverhooging, hoest, sputa).

2. (n°. 129). Deze vrouw van 51 jaren, had een stinkend, rottend collum-carcinoom en cystitis. De vaginale hysterectomie had plaats met behulp van Tuffier's angiotribe. De operatie was uiterst gemakkelijk, maar toch bezweek de vrouw binnen 2 etmalen. De sectie leerde, dat er een acute septichaemie bestond (pleuritis suppurativa duplex c. streptococcis, haemorrhagia in mediastino, haemorrhagia in subserosio diaphragmatis, cystitis suppurativa). Rondom het operatieveld wordt geen spoor van ontsteking gevonden, maar in het kleine bekken bevinden zich ongeveer 300 c.c. vloeibaar bloed.

Reeds dadelijk na de operatie had mij de kleine frequente pols verontrust, en was ik bevreesd voor een inwendige bloeding. De sectie bracht aan het licht, dat die bloeding er ook feitelijk geweest was, ofschoon zij den dood niet veroorzaakt had. Wat was de oorzaak der streptococcen-infectie? Het rottende carcinoom was te voren met irrigaties en jodoformgaastamponnade bewerkt, en vlak voor de operatie met Paquelin behandeld; eerst daarna was aan de eigenlijke desinfectie van het operatieveld begonnen. Die voorbereidende bewerking kan de bloedvaten geïnfecteerd hebben; maar ook de cystitis kan dit veroorzaakt hebben, waarbij de onvermijdelijke hanteeringen meegeholpen kunnen hebben.

Dit alles kan de septichaemie verklaren.

Maar — er was bloeding geweest: en hoewel er nu, onder den invloed der sepsis, groote neiging tot haemorrhagieën bestond, stel ik daarvoor toch den angiotribe van Tuffier aansprakelijk. In *dit* geval heeft hij den dood der patiënt *niet* veroorzaakt, in een volgend geval zou hij dit misschien wel doen. Na deze sectie ligt het instrument als historisch stuk in de kast, en ben ik bij de vaginale hysterectomie tot de ligaturen teruggekeerd.

3. (n^0. 164). Deze vrouw leverde mij bij het onderzoek eene verrassing: zij was 41 jaren oud, 7 maal bevallen, het laatst voor 6 maanden. Zij had daarna geregeld gemenstrueerd om de 4 weken, 3 à 4 dagen lang en daar tusschen in geen afscheidingen gehad. De laatste 2 maanden echter vloeide zij voortdurend. Ik vond een woekerend carcinoom der portio en tevens een zwangerschap van ongeveer 5 maanden!

Ik amputeerde het verweekte scheedegedeelte, waarbij de blaas verwond werd. Deze opening werd dadelijk gesloten met zijde, in doorloopende hechting, in twee étages, zonder de mucosa vesicae te raken. Na het openen der buikholte, aan voor- en achterzijde, kliefde ik den voorwand der baarmoeder, opende den eizak en exstirpeerde snel den uterus, met de vrucht er in. Ligaturen. De grootte der baarmoeder leverde niet het minste bezwaar op. De vrouw genas ongehinderd — ook wat de blaaswond betreft.

4. (n^0. 63). Hier was de diagnose onmogelijk. De 54 jarige vrouw vertelde, dat zij voor 8 weken het laatst gemenstrueerd had, en dat de menses reeds lang aan het afnemen waren. Voor 5 weken kon zij plotseling niet urineeren. Nu en dan werd zij met een katheter geholpen. Ook de ontlasting kostte moeite. Een week geleden kreeg zij bovendien een dik been, dat daarbij pijnlijk werd. Wij begonnen met $4^1/_2$ L. urine per katheter te verwijderen, eenige uren later nog eens 700 c.c., denzelfden dag nogmaals 1200 c.c. en vier uren later weder 1375 c.c.! Den volgenden morgen bevatte de blaas al weder 2 L. urine! De oedemen verdwenen nu ook geleidelijk. Ik vond uitwendig, links, een grooten niet pijnlijken tumor, rechts een onduidelijken weerstand, per vaginam een vast gezwel, dat naar achteren de geheele bekkenruimte innam. Vóór, vlak achter de symphysis, was een nauwe kloof te voelen, maar de bodem daarvan was onbereikbaar. Als het meest waarschijnlijke nam ik een uterusmyoom aan, achterovergekanteld en in het cavum Douglasii vastgegroeid of vastgekneld — maar de reeds lang bestaande urineretentie maakte mij huiverig, de vrouw voor een onderzoek te chloroformeeren. Zonder vaste diagnose verrichtte ik dus laparotomie. De blaas stond als een dik, vast scherm voor de

tumormassa. Links werd al spoedig een multiloculaire ovariaalcyste zichtbaar, ter grootte van een vuist. Zij werd verwijderd, gelijk ook een kleinere cyste, door het rechter ovarium geleverd.

De normale uterus zat nu boven op een groot gezwel, dat den toegang tot de ruimte van Douglas volkomen versperde. Ik opende daarom eerst de plica vesico-uterina en pelde de blaas stomp van den tumor af, zoodat ik dicht bij den ondersten pool daarvan kon komen. Met een kurketrekker wilde ik hem nu naar boven trekken: dit instrument kwam, na een vrij dikken wand doorboord te hebben, in een holte, waaruit zich veel bloederig, dun vocht ontlastte. Nu kon ik de breede banden afbinden en den uterus geheel vrij maken met een kraag van vaginaalweefsel — d. w. z. van de dikke schaal van het gezwel, dat door de vagina gevormd werd. De bloeding vereischte vele omstekingen van dien wand: de draden werden lang gelaten. Daar ik het gezwel met geen mogelijkheid kon exstirpeeren, trok ik die draden door de vagina naar buiten, zoodat de opening van den dikwandigen zak naar beneden, in de vagina keek. Door het blaasperitoneum, dat van de flexura sigm. en van den achterwand van het bekken met elkander vast te naaien, werd er een afsluiting tot stand gebracht tusschen buikholte en vagina. Deze laatste werd getamponneerd.

De eerste dagen maakte zij het slecht, en moest met kamfer en digitalis de hartwerking aan den gang gehouden worden. Daarna ging het beter, totdat er retentie bleek te bestaan van dunnen, stinkenden etter boven in de vagina. Uitspoelen hielp niet: de etter baande zich een uitweg naar de buikwonde toe, — en den 11en dag verloor ik de vrouw aan peritonitis. De sectie maakte dit duidelijk De mysterieuse tumorzak was een pseudocyste, door carcinoom der vagina en opvolgende afsluiting daarvan gevormd.

V. Hysterectomia vaginalis om andere redenen.
(2 maal, beide genezen).

N⁰. 280 (P.). Om een bijzondere reden verrichtte ik vaginale uterus-exstirpatie bij eene patiënte van 34 jaren, wier huwelijksleven een aaneenschakeling van lichamelijk lijden bracht. Na de eerste bevalling, 12 jaren geleden, waarbij zij een complete ruptura perinaei kreeg, trad er een parese der onderste extremiteiten op, die scheen te verergeren onder den invloed van menorrhagieën. Curettement noch andere middelen baatten. Alle symptomen verergerden na de tweede bevalling, 9 jaren geleden, en bovendien trad er nu een volledige prolapsus uteri op. Daarvoor onderging zij een plastische operatie en ventrofixatio uteri — gevolgd door

volledig recidief. In de parese deelden, behalve de spieren der onderste ledematen, ook die van den bekkenbodem en den buikwand, waarvan een enterocele perinealis en algemeene enteroptose het gevolg waren. Het trekken der zakkende genitalia aan de fixeerende buikstreng veroorzaakte haar onophoudelijk pijn. Daarbij voegden zich zeer overvloedige menses, die alleen door rust en tamponnade bedwongen konden worden, maar voor alle andere therapie, ook curettement, ontoegankelijk bleken. Ieder bloedverlies deed de algemeene moeheid en de machteloosheid der beenen vooral toenemen. Daar patiënte bovendien nog aan toenemende sclerose der trommelholten leed en haar gezichtsvermogen gestadig achteruitging, kwam haar dokter met haar tot de zeer te billijken opvatting, dat uterus-exstirpatie in veel opzichten verbetering zou kunnen aanbrengen. De pijn, die door de ventrofixatie, en de maandelijksche verergering, die door de bloedingen ontstond, zouden dan wegvallen. Ik vereenigde mij geheel met die zienswijze en verwijderde den uterus per vaginam met behulp van het instrument van Tuffier. Deze heeft een nabloeding niet belet — maar de wondgenezing had ongestoord plaats. Het eindresultaat zal in de toekomst blijken.

N°. 291 (P.). Hier heb ik vaginale hysterectomie verricht voor heftige bloedingen, die na herhaald curettement, door bevoegde hand verricht, niet ophielden. Als de oorzaak daarvan beschouwde ik een klein fibromyoom in den fundus uteri. Bij de operatie bleek, dat niet dat kleine tumortje, maar een belangrijke sclerose der vaten de oorzaak der bloeding was. Men kon b. v. den harden wand der a. uterina duidelijk door het gevoel als atheromateus herkennen. De operatie ging dan ook van het begin tot het einde met veel bloedverlies gepaard. Ik bond de ligamenten met zijde af. Deze vrouw, 45 jaar oud, genas ongestoord.

VI. Retroflexio uteri.

(5 operaties volgens Alexander-Alquié, 1 intraäbdominale verkorting der ronde banden, alle genezen).

Er werden in de kliniek 23 vrouwen opgenomen, bij welke retroversio of retroflexio uteri bestond. In de polikliniek werden er bovendien nog 52 voor behandeld. In 6 gevallen liet de pessariumtherapie mij in den steek, en oordeelde ik de bezwaren der patiënten ernstig genoeg, om daarvoor den operatieven weg te wettigen. De ventrofixatie acht ik bij vrouwen in het vruchtbare tijdperk *volstrekt verwerpelijk* en eveneens iedere tot nog toe beproefde vaginale fixeermethode. De eenige operatie, die, voor zoover tot heden bekend [1]),

[1]) Ook deze illusie moet men prijsgeven: zie verslag der vergaderingen van de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging.

een goed resultaat geeft en vrij is van gevaren, is die van Alexander-Alquié, die ik dan ook in 5 gevallen heb toegepast bij volkomen bewegelijke baarmoeder.

Bij n°. 22, eene I p. van 25 jaar, bestond een volledige prolapsus uteri et vaginae met een zoodanige verslapping van den bekkenbodem en de ligamenten, dat een plastische operatie mij weinig succes scheen te beloven. Daarom werd eerst, gedurende 5 weken, massage met weerstandsbewegingen toegepast ter verbetering van den spiertonus, en daarna een uitgebreide kolpoperineoplastiek verricht. Tegelijkertijd werden de uiterst slappe en lange ronde banden ingekort volgens de methode van Alexander. Bij deze patiënte hebben de draadkanalen der lieswonden geëtterd. Overigens was de uitkomst geheel naar wensch.

N°. 27. VIII p., 34 j. oud, had vruchteloos een langdurige pessariumbehandeling doorgemaakt. Ook het groote pessarium, haar door een collega gegeven, veroorloofde den uterus binnen den ring om te kantelen. De operatie volgens Alexander werd hier gecompliceerd door een hernia inguinalis, die zich gemakkelijk tegelijkertijd radicaal liet behandelen. De uterus is daarna in goeden stand gebleven, maar de hernia heeft later nog een breukband noodig gehad, omdat zij dreigde te recidiveeren.

N°. 44. Virgo van 20 j. Zij was reeds 1$^1/_2$ jaar in behandeling voor een retroflexio uteri. Zij menstrueerde met veel pijn en klaagde ook tusschen de regels in over een pijnlijk gevoel in het onderlijf. Het gelukte niet den uterus met een pessarium op zijn plaats te houden — en daar al die herhaalde pogingen voor haar onaangenaam en ondienstig waren, verrichtte ik Alexander's operatie.

Ook hier werd de genezing gestoord door suppuratie. De uterus bleef in anteversie liggen, maar de klachten der patiënte zijn eigenlijk dezelfde als vroeger. Er is een hyperaesthesie der huid in de omgeving der litteekens bijgekomen. Duidelijke stigmata heb ik niet kunnen vinden, en ik wil de diagnose dus niet op hysterie stellen: toch is het in ieder geval duidelijk, dat de liggingsafwijking der baarmoeder hier niet de oorzaak der klachten was. Een nieuw bewijs voor de stelling, dat men voorzichtig moet zijn met de indicatie voor retroflexie-behandeling!

N°. 54. II p., 26 j. oud, was evenmin met een pessarium te helpen. Hare bezwaren bestonden in pijn bij urineloozing en defaecatie, lendenpijn en menorrhagie. Dat alles verdween na de operatie van Alexander, en de uterus bleef tot nu toe goed liggen.

N°. 83*a*. Bij deze 24 jarige II p., gaf de retroflexie aanleiding tot pijn bij het loopen en bij coitus. Zij moest naar Transvaal, en verkoos daarom de operatieve behandeling boven die met pessaria.

De operatie van Alexander werd hier gecombineerd met perineoplastiek en had het gewenschte resultaat.

b. Intra-abdominale verkorting der ronde banden verrichtte ik één maal bij N⁰. 127, eene I p. van 28 jaren. Na haar bevalling, 4 jaar geleden, kreeg zij pijn vóór de menstruatie, zoodat zij daarvoor dikwijls naar bed moest. Reeds elders was in narcose de baarmoeder „rechtgezet", maar zonder blijvend succes. Ook mij gelukte het in narcose niet, alle verbindingsstrengen te verscheuren: zestien dagen later herhaalde ik dat daarom, na de buikholte geopend te hebben in de linea alba. Na volkomen bevrijding van den uterus uit zijn pathologische banden, werden de ronde banden zoover geplooid, tot de gewenschte spanning verkregen was, en die plooivorming door een paar hechtingen bevestigd.

Het resultaat was volkomen bevredigend [1]).

Zooals uit het voorgaande blijkt, heb ik als voorwaarde voor het verrichten van de operatie van Alexander gesteld: 1⁰. volkomen bewegelijkheid der baarmoeder, 2⁰. bezwaren, die op goeden grond aan de liggingsafwijking mogen worden toegeschreven, en 3⁰. mislukken der pessarium-therapie of wel niet- of slecht uitvoerbaar zijn hiervan.

De operatie geschiedt op deze wijze: Een snede, evenwijdig aan en ruim een vingerbreedte boven het lig. Poupartii legt de aponeurosis obliqui ext. en den annulus ext. canalis inguinalis zuiver bloot. Licht men het vetkwabje, dat deze opening dekt, even op, dan vindt men dadelijk de uitloopers van het lig. teres naast een vena, die altijd de trouwe metgezel is. De aponeurose van den obliq. ext. wordt nu met een paar slagen van de schaar in de richting van het lieskanaal gekliefd. Thans verschilt de verdere techniek naar gelang van den toestand van het lieskanaal, d. w z. de stevigheid der buikspieren. Dikwijls, bij multiparae met slappen buikwand, is de verdere weg al uiterst gemakkelijk. Waar de bovengenoemde vena de aanwezigheid van het lig. rot. verried, worden de vezels daarvan met een paar anatomische pincetten in eén bundel van de omgeving vrijgemaakt en in een schuifpincet gegrepen, zonder er veel aan te trekken; òf met den vinger, òf met een pincet bevrijdt men den band al meer en meer in de richting naar den inwendigen liesring toe. Bij de multipara wordt het ligament nu al spoedig veel dikker en sterker, zoodat men er aan kan trekken, den inwendigen liesring als het ware naar zich toe trekt. Terwijl nu met den vinger der andere hand of met een stompen haak de musculeuse voorwand van het lieskanaal naar boven buiten getrokken wordt — *zonder dat die spieren gewond*

---

[1] Na een jaar recidief!

worden — komt het peritoneum, met het ligament meegetrokken, in het gezicht. Inmiddels wordt door een assistent in de vagina gecontroleerd, wat er met den uterus gebeurt. Lag deze *sterk* achterover, dan wordt de fundus opgeduwd, totdat het trekken aan het lig. rotund. zijn invloed doet gevoelen. Dit trekken wordt voortgezet, totdat de uterus duidelijk scheef naar het lieskanaal gericht ligt, dat onder handen is. Somtijds gelukt dat niet: het ligament komt niet behoorlijk naar buiten; dan is één knipje in het naar buiten gestulpte peritoneum voldoende om dadelijk meer schot te krijgen. Nu wordt met een doorloopenden catgutnaad de ronde band in de spier*lacune* (een spier*wond* is er in de nabijheid van den inwendigen liesring niet gemaakt) vastgehecht. Naarmate deze draad, voortloopende, den uitwendigen liesring nadert, wordt het geheele lieskanaal in zijn oorspronkelijken toestand hersteld, ook wat zijn verhouding tot den ronden band betreft, alleen met dit verschil, dat er een oorspronkelijk meer centraal gelegen stuk van dien band in komt te liggen. Is de uitwendige liesopening bereikt, dan heeft men een stuk lig. teres over, dat eenvoudig wordt afgeknipt. Een tweede doorloopende catguthechting sluit de wond in de aponeurose van den obliq. ext. Men kan het treffen, dat de randen der aponeurosewond zich als het ware zóó aanbieden om tegelijk met de spierhechting gepakt te worden, dat men met één doorloopende hechting volstaan kan. Bloedvaten zijn, zoo noodig, met catgut onderbonden geworden —; zonder drainage wordt de huidwond gesloten.

In andere gevallen echter, bij nulliparae of goed onderhouden multiparae, is het lieskanaal steviger gebouwd. Dan kan men niet volstaan met het openknippen van de obliquus-aponeurose, maar moet ook de geheele voorwand van het lieskanaal gekliefd worden tot aan of tot dicht bij de inwendige liesopening. Dit is natuurlijk geen complicatie van beteekenis — en *zeer zeker te verkiezen* boven het trekken aan den niet geheel geïsoleerden ronden band, aan den niet onder leiding van het oog bevrijden band. Ook nu is het somtijds aangenaam het zich welvende peritoneaal-kapje even in te knippen.

Is de operatie aan ééne zijde voltooid, dan wordt zij aan de andere zijde herhaald. De assistent in de vagina waarschuwt, wanneer de uterus volkomen mediaan en in flinke anteversie getrokken is.

Bij de nabehandeling hecht ik er waarde aan, dat de patiënt met opgetrokken beenen blijft liggen — natuurlijk niet verder dan verdraagbaar is. Ik meen, dat het lieskanaal dan goed genezen kan, ook al wordt de catgutdraad betrekkelijk spoedig geresorbeerd — en ik mij dus van verloren zijden hechtingen kan onthonden,

waarover ik nooit bijzonder tevreden heb kunnen worden. Eerst na drie weken laat ik de vrouw opstaan. Het spreekt van zelf, dat ik deze wijze van nabehandelen — in verbinding met de catguthechting — niet *alleen* op grond van een betrekkelijk klein aantal Alexander-operaties, ook vroeger verricht, heb gekozen. In mijn vroegeren werkkring heb ik mij daarbij goed bevonden ook bij talrijke breukoperaties. — Na de operatie wordt geen pessarium meer gegeven.

Ik heb de operatie wat uitvoeriger beschreven, omdat er nog vele gynaecologen zijn, die klagen over de broosheid der ronde banden of over de moeilijkheid om hen te vinden — bezwaren, die ik niet ondervonden heb. De operatie is integendeel zóó eenvoudig, dat zij, beiderzijds uitgevoerd, en, zoo noodig in één zitting verbonden met kolporrhaphia anterior, posterior en perineoplastiek niet te veel vergt van het weerstandsvermogen eener patiënte.

Bij de overblijvende 17 klinische patiënten werd al naar gelang van omstandigheden gehandeld: losmaken der adhaesies in narcose, de eene of andere resorbeerende therapie en tot besluit een pessarium.

Drie der patiënten waren zwanger: twee van haar vertoonden de typische *incarceratieverschijnselen*, nl. blaasstoornissen. De repositie gelukte bij alle drie in knieëlleboogligging. Merkwaardigerwijze aborteerde de niet geïncarcereerde kort daarna: bij de twee andere vrouwen ging de zwangerschap ongestoord door.

VII. Laparotomie om andere redenen.

Eenmaal werd laparotomie gedaan bij *peritonitis tuberculosa.* (N°. 73). De diagnose bood geen moeilijkheden aan, evenmin als de operatie, die in ruime opening der buikholte bestond, laten afvloeien van vocht en bezichtiging der zieke genitalia. De wond genas zonder stoornis. Toen patiënte, een meisje van 18 jaren, vertrok, 5 weken p. o., was er reeds weder vocht in de buikholte.

Een ander geval, n°. 24, mag ik wat uitvoeriger vermelden. Deze vrouw, 45 jaren oud, had 7 bevallingen zonder stoornis doorgemaakt. De 8e keer bestond er een afgeweken hoofdligging, veroorzaakt door een tumor, die zich op zijde liet dringen en de geboorte van het op de voeten gekeerde kind toeliet. De tumor werd nu grooter (3 maanden p. p.) en reikte tot de hoogte van den navel. Hij zat rechts, was weinig bewegelijk, vochthoudend en pijnlijk. Langs zijn mediale oppervlak liep een potlooddikke arterie, waarin de bloedstroom van den rug naar de buikzijde gericht was. Per vaginam voelde men den ondersten pool van het gezwel, waaromheen die dikke arterie weder gevoeld werd, die zich hier

vertakte. De uterus was geheel naar links verdrongen, onafhankelijk van den tumor te bewegen, maar daarmede verbonden door een breeden, slappen band, die zich aan de voorzijde van het gezwel scheen vast te hechten. De tumor was ter hoogte van de artic. sacro-iliaca onbewegelijk met het bekken verbonden. De diagnose werd gesteld op een retroperitoneaal gezwel, dat de vaten naar het midden verdrongen had: het kon een sarcoom zijn, en de fluctuatie afhankelijk zijn van zijn grooten bloedrijkdom. Bij de operatie bleek het een retroperitoneale cyste: het bedekkende peritoneum werd gekliefd en de nu geopende omhullende zak stomp weggeschoven, waarmede tegelijk de groote vaten en de ureter van den tumor werden afgelicht. In den loop der operatie barstte de cyste en ontlastte zich waterhelder vocht met gedeeltelijk ontkleurde oude bloedstolsels. Tegen den bekkenwand aan, ongeveer ter hoogte van de artic. sacro-il., was de verbinding zeer vast, en was ik genoodzaakt een stuk van den cystewand achter te laten. Inmiddels hadden hier en daar dikke venae een scheur gekregen, die het aanleggen van klemtangen noodig maakten: slechts een gedeelte daarvan kon ik door ligaturen vervangen. De mediane wand van den zak, die de cyste omhuld had, werd nu gevat door dezelfde hechtingen, die de buikwond sloten. Die wand stond dus als een scherm van den achterwand van het bekken naar den buikwand omhoog en scheidde de buikholte van het tumorbed. Dit laatste werd, om eenige klemmen heen, die bleven liggen, los getamponneerd met gaas. Den tweeden dag kwam er urine uit de getamponneerde wond· De klemmen werden nu weggenomen en een nieuwe tampon ingebracht. Twee dagen later had de ureterfistel zich reeds weder gesloten en de genezing had verder snel plaats.

De wand der cyste bestond uit een bindweefsellaag, van binnen bekleed met endotheel, dat hier en daar in woekering verkeerde: daarnaast vele reuzencellen, die gedeeltelijk de in groote hoeveelheid aanwezige cholestearine-kristallen in zich hadden opgenomen. In de necrotische massa's, die tegen den binnenwand der cyste aanzaten, ontdekte men hier en daar nog resten van te gronde gegane bloedvaten. Maligniteit mag, blijkens het verder beloop, worden uitgesloten. Het gezwel moet dus als een *retroperitoneale lymphecyste* worden beschouwd.

Ten slotte zij een *sectio caesarea* (Porro) vermeld wegens bekkenvernauwing, met goeden afloop voor de moeder. Het kind kwam met een krachtigen hartslag ter wereld, maar kon niet tot ademhalen gebracht worden. Bijzonderheden van dit geval vermeld ik elders.

VIII. Prolapsus uteri aut vaginae.

Volledigheidshalve deel ik hiervan mede, dat er 23 patiënten, aan bovengenoemde kwaal lijdende, opgenomen werden. Eene daarvan is reeds onder de rubriek V vermeld. Van de 22 anderen heb ik er 14 geopereerd, die alle p. p. i. genazen. De anderen konden met een pessarium geholpen worden, of verlangden geen operatieve hulp.

De volgende lijst geeft een overzicht van de operatieve resultaten:

	Aard der operatie.	Aantal operaties.	Genezen.	Gestorven.
I. Cystoma ovarii.	Ovariotomie.	11	11	
Carcin. ovarii.	Colostomie.	1	1	
II. Fibromyoma uteri.	*a.* Exstirp. abdom. uteri.	7	7	
	b. Amput supravag. ut.	3	3	
	c. Exstirp vagin. ut.	2	1	1
	d. Enucleat. abdom. myomatis uteri.	1	1	
	e. Enucleat. vagin. myomatis uteri.	1	....	1
	f. Myomectomia et castratio per laparot	1	1	
III. Salpingo-oöphoritis.	Laparotomie.	4	3	1
IV. Carc. uteri aut vaginae.	*a.* Laparotomie.	1	....	1
	b. Hysterectomia vagin.	3	2	1
V. Menorrhagie.	Hysterectomia vagin.	2	2	
VI. Retrofl. uteri.	*a.* Oper Alexander.	5	5	
	b. Intraäbdominale verkorting lig. rot.	1	1	
VII. Peritonitis tbc.	Laparot.	1	1	
VII. Retroperit. lymphcyste.	Laparot.	1	1	
VII Bekkenvern. Endometr.	S. C. Porro.	1	1	
VIII. Prolaps. uteri.	Plastiek.	14	14	
Fistula ureteris.	Nephrectomie.	1	1	
Periton. perfor.	Laparot.	1	1	

Op 42 laparotomieën (ventrale en vaginale) komen dus 5 sterfgevallen, waarvan 2 zeer zeker onafhankelijk van de operatie (bij beiden bestond reeds een septische peritonitis vóór de operatie).

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE

in de Vergaderingen van Mei tot November 1900,

DER

NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING

TE AMSTERDAM.

Vergadering van Zondag 13 Mei 1900.

Voorzitter: Prof. TREUB.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

De heer Kouwer vertoont de photographie van een prolapsus urethrae bij een meisje van 7 jaar. Het gezwelletje deed zich voor als een kleine, donkerblauwe tumor, gelijkend op een platgedrukte druif. Door een opening in 't midden kwam men met een katheter in een zeer wijde urethra. De anamnese leverde niets op, dan dat voor eenige dagen plotseling een bloederig gezwel uit de vulva te voorschijn was gekomen.

Het aantal gepubliceerde gevallen van prolapsus urethrae is niet groot. Sänger heeft er maar 2, Chrobak maar 3 gezien. Kleinwächter kon er uit de literatuur 90 bijeenbrengen; Singer zocht er later nog 50 bij; op 't oogenblik zijn er bijna 150 bekend.

De afwijking doet zich zelden bij volwassenen, meestal bij jonge kinderen voor. Men heeft de oorzaak willen zoeken in chlorose en scrophulose; er zijn echter ook gevallen bij gezonde kinderen gepubliceerd. Voorts heeft men aan versterkte buikpers bij prolapsus ani, en aan blaassteenen gedacht. Er blijft echter een groote serie van gevallen over, waarbij men absoluut in 't duister verkeert. Spreker kon in zijn geval geen dezer aetiologische momenten constateeren; ook masturbatie kan waarschijnlijk worden uitgesloten.

Hij heeft het patiëntje eerst drie weken laten liggen onder Priesnitz'sche omslagen, echter met gering succes. Daarna heeft hij het geprolabeerde slijmvlies met resectie behandeld. Het bleek nu, dat het weefsel bestond uit een wijdmazig bindweefsel, gevuld met bloed. De vraag is nu of de bloeding primair is geweest, en de prolapsus veroorzaakt heeft, of wel secundair, en nà 't optreden van de prolaps, bijv. door 't insult van de kleeren, ontstaan. Het acuut optreden pleit voor een soort van apoplexie en doet dus het eerste vermoeden.

Spreker heeft mededeeling van dit geval der moeite waard geacht, omdat er in 't wegnemen van het geprolabeerde slijmvlies gevaar schuilt. Wanneer men nl. het slijmvlies eenvoudig rondom omsnijdt, dan bestaat er kans dat het zich ver in de urethra terug trekt. Het grootste deel van 't urethraalslijmvlies zit nl. in de prolaps. Men heeft de kans, dat men den slijmvliesrand niet meer pakken kan om te hechten, en dat men de wond dus door granulatie moet laten heelen, hetgeen aanleiding geven kan tot latere strictuur. Spreker heeft er daarom de voorkeur aan gegeven, de urethra eerst aan de onderzijde te splijten; men kan dan zien, hoever het slijmvlies nog vastzit, en nà hechting van het achtergelaten deel van 't urethraalslijmvlies ook de peripherie van 't ostium verkleinen.

De heer Nijhoff heeft een volkomen analoog geval gehad en verleden jaar hier medegedeeld. In dat geval is het gelukt door rust en drukking in een week tijds de prolaps te doen verdwijnen. Hier was de afwijking niet zoo plotseling, maar in den loop van eenige dagen ontstaan; veneuse stuwing is hier waarschijnlijker dan bloeding, ook om het effect van de therapie.

De heer Stratz heeft ook een prolapsus urethrae geopereerd en is eveneens op terugtrekken van 't slijmvlies bedacht geweest. Hij heeft daarom een slijmvlieswig aan de onderzijde der urethra uit de vagina gesneden, den prolaps afgepraepareerd, het slijmvlies met een paar draden gefixeerd en toen aan de bovenzijde nog een wigje uitgesneden om het ostium te vernauwen.

De heer Kouwer deelt hierop enkele punten mede uit zijn integrale statistiek van groote operaties over 't jaar 1899. Het totaal aantal klinische, poliklinische en particuliere patiënten bedraagt 575. Spreker wil hier natuurlijk geen volledig verslag geven, maar alleen omtrent de groepeering en omtrent enkele, meer belangrijke gevallen een enkel woord zeggen.

Onder dit materiaal waren elf ovariaaltumoren plus drie inoperabele, kleine carcinomen. De elf ovariotomieën genazen allen.

Een dier gevallen betrof een meisje van 19 jaar, dat vroeger sterk was, maar in den laatsten tijd snel was vermagerd. Ongunstige familie-antecedenten ontbreken. Pat. had sinds 7 weken niet gemenstrueerd.

In den buik werd een fluctueerende tumor gevonden, die tot den proc. ensiformis reikte; in 't cavum Douglasii lag een hobbelige massa, die niet te differentiëeren was. Uterus en adnexa waren niet te voelen. De diagnose werd op tuberculeuse peritonitis gesteld, misschien met een tumor gecombineerd.

Bij de operatie kwam een groote cyste voor den dag, die met de geheele omgeving verkleefd was. Toen de tumor verwijderd

was, scheen de buikholte verder geheel leeg te zijn; de intestina waren geheel toegedekt door bindweefselachtige pseudomembranen met fibrine-beslag, waarin gele plekjes werden gevonden.

Het praeparaat werd voor nader onderzoek ter zijde gelegd, maar bleek later spoorloos te zijn verdwenen.

In een tweede geval van ovariaalcyste, bij een 51jarige patiënte, bestond bovendien een pijnlijk gezwel boven het rechter lig. van Poupart. Bij de operatie bleek dit van een peri-appendiculair absces afhankelijk te wezen. Patiënte genas zonder een spoor van suppuratie.

Een derde ovariaalcyste kwam voor bij een 30jarige patiënte, die sinds vijf jaar getrouwd, en nooit zwanger was geweest. Drie jaar geleden was zij in Ems plotseling ziek geworden met koorts, braken, en pijn in de rechterzijde van den buik. Een jaar later werd zij wegens bloedingen gecuretteerd, welke therapie na verloop van tijd nog eens herhaald werd. Toen spreker haar zag, lag zij weder sinds 4 weken met heftige buikpijn te bed. De uterus was geanteflecteerd, dik en vast. Het rechter ovarium lag achter den uterus. Geen duidelijke tumor te voelen. In de coecaalstreek een pijnlijke weerstand.

Diagnose: hypertrophia mucosae uteri met chronische appendicitis en adhaesies in 't cavum Douglasii.

Toen zij 16 dagen later ter behandeling werd opgenomen, had zij in geen zeven weken gemenstrueerd. De operatie werd begonnen met een curettage, waarbij een matige hoeveelheid oedemateus slijmvlies voor den dag kwam. Daarna werd de proc. vermicularis verwijderd. De uterus was vergroot, doch bevatte geen myomen. Het linker ovarium was normaal; het rechter bevatte een cyste ter grootte van twee hazelnoten: het werd verwijderd.

Twee dagen later werd een ei van twee maanden uitgestooten. De oorzaak van 't miskennen der zwangerschap bij de curettage was gelegen in de omstandigheid, dat spreker, vreezende voor een lange narkose bij een anaemische patiënte, die aan flauwten onderhevig was, met het uitkrabben van den uterus begon, voor patiënte nog goed in narkose was, en daarbij een nauwkeurig onderzoek in deze narkose had verzuimd.

Een dermoïd-cyste van 't ovarium werd verwijderd bij een patiënte van 44 jaar. De operatie werd door talrijke adhaesies bemoeilijkt, zoodat de flexura sigmoidea over een lengte van 13 cM. moest worden gereseceerd. De darm werd door een circulairen naad vereenigd.

De vrees voor maligne degeneratie werd bij het microscopisch onderzoek bevestigd; er bestond een adeno-carcinoom, dat tot in de mucosa van den darm was uitgebreid. Twee maanden later

recidief. Na 4 md. nogmaals laparotomie, waarbij een anus praetunaturalis werd aangelegd. Patiënte is vier dagen later bezweken.

Het aantal myomen, dat onder observatie kwam, bedroeg 43. Daarvan werden 15 geopereerd.

In een geval heeft spreker de operatie ontraden bij een vrouw, die éenmaal een dood kind gehad had, en sterk naar een tweede verlangde. Hij heeft patiënte geraden het er op te wagen, en zich onder observatie te stellen bij het eventueel intreden van zwangerschap.

In een ander geval kon hij door het wegnemen van een polyp de bloedingen overwinnen, ofschoon de geheele uterus vol myomen zat.

Waar hij wegens myomen operatief moest ingrijpen, heeft hij bij voorkeur de totaalextirpatie verricht door laparotomie.

Eén dier gevallen heeft hem veel zorg gegeven. Het betrof eene 37jarige patiënte, die twee jaar geleden zonder moeite bevallen was, maar sinds dien tijd was gaan sukkelen. De buik werd pijnlijk, de menstruatie rijkelijk, en bij onderzoek werd een tumor gevonden, die tot den ribbenboog reikte; de cervix was uitgezet tot de grootte van een sinaasappel; het myoom zat in de voorlip.

Patiënte maakte het nà de operatie aanvankelijk goed; na twee dagen werd een uretero-vaginaal-fistel geconstateerd. Overigens genas patiënte glad. Een onderzoek, vier weken nà de operatie verricht, werd gevolgd door verschijnselen van ileus, die spreker aan plaatselijke peritonitis toeschreef en waartegen hij met laparotomie te velde trok. Er bleek een algemeene peritonitis te bestaan. Drainage van de fistel naar de vagina. Genezing.

Patiënte verliet vier weken later het bed. Vier dagen daarna traden opnieuw peritonitische verschijnselen op, met urine-retentie aan den kant van de fistel. Nu werd de nier geëxtirpeerd en veiligheidshalve tevens nogmaals de buik geopend. Er bleek evenwel nu geen spoor van exsudaat te bestaan. Er volgde gladde genezing.

De nier vertoonde nog geen ontstekingsverschijnselen. Het blijkt dus, dat een ureterfistel geruimen tijd kan bestaan, zonder tot suppuratie te voeren, wat ons den plicht oplegt zooveel mogelijk conservatief te werk te gaan. In het gegeven geval achtte spreker echter den radicalen weg den eenigen, die tot het doel kon voeren.

Drie gevallen heeft spreker met supra-vaginale amputatie behandeld, waarbij hij geen elastische ligatuur heeft aangelegd Hij onderbond de artt. uterinae, waarna de bladen van het lig. lat. werden vereenigd.

Twee maal heeft hij den myomateusen uterus per vaginam geëxtirpeerd. Een dier gevallen is letaal verloopen De patiënte, eene

multipara van 43 jaar, leed in de laatste jaren aan langdurige bloedingen en aan eene waterige vuile afscheiding, waartegen vaginale en uterine injecties werden verricht. Zij was per trein en per rijtuig naar Utrecht vervoerd. Bij de operatie bleek een massa stinkende etter in de buikholte aanwezig te zijn.

In één geval werd de tumor per laparotomiam geënucleëerd. De patiënte was 12 maal zwanger geweest; alle kinderen, op twee na, zijn dood geboren. Een 13[de] zwangerschap was nà drie maanden door abortus gevolgd, waarna patiënte vloeien bleef en niet urineeren kon. Het achterste scheedegewelf puilde uit; de uterus lag boven de symphysis. Temp. 38.6.

De uterus werd met de curette schoongemaakt. Er kwam een placenta voor den dag. De eerste onderstelling, dat er een haematocele retro-uterina ten gevolge van een geborsten ectopische zwangerschap zou bestaan, liet spreker nu vallen, temeer toen hij in een vroegere ziekte-historie de diagnose ovariaal-cyste vond, die door competente onderzoekers was gesteld. Bij de operatie bleek echter geen ovariaal-cyste, maar een subperitoneaal, week myoom, dat van den achterwand van de cervix uitging, te bestaan. Het myoom werd geënucleëerd en de patiënte genas.

Eens werd het myoom per vaginam geënucleëerd. Spreker had voor twee jaren bij deze patiënte een kleinen myoomknobbel aan de achtervlakte van den uterus geconstateerd. Nu was er boven 't laq. post. een myoom ter grootte van een appel. Er bestond profuse menstruatie. Patiënte wilde trouwen en kwam vragen, of daartegen ook bezwaar bestond. Zij kreeg toen den raad, het gezwel te laten verwijderen, waartoe zij besloot.

Nadat een flinke incisie in vulva en vagina ruimte verschaft had, werd het gezwel met een kurketrekker naar buiten gebracht en geënucleëerd. Een hazelnootgroote tumor in den voorwand werd op gelijke wijze behandeld. In 't laq. post. werd een groote tampon gebracht. Den 3[den] dag klaagde patiënte over benauwheid en een opgezetten buik; den 4[den] dag werd de tampon verwijderd. Benauwdheid en gejaagdheid bleven bestaan, ofschoon flatus en alvus geloosd werden. Pat. braakte niet; de temperatuur klom niet hooger dan 38°. Den achtsten dag werd de toestand plotseling minder en volgde de exitus letalis. De oorzaak is niet duidelijk geworden. Het meest waarschijnlijk is intoxicatie van uit het bovenste deel van den darm bij partiëele afknikking. Misschien was eene operatie langs abdominalen weg beter geweest.

Het aantal gevallen van salpingo-oophoritis bedroeg 12. Vier werden per laparotomiam geopereerd, waarvan 3 genezen zijn. Het sterfgeval betrof een perforatie-peritonitis.

Drie en twintig vrouwen werden wegens retroflexio uteri opgenomen. Zes werden operatief — met verkorting der lig. rot. — behandeld; vijfmaal volgens Alexander-Alquié, éens abdominaal, nadat eerst de adhaesies waren losgemaakt. Het resultaat was goed. Zwangerschap is nog niet ingetreden. Spreker meent, dat waar men de retroflexie operatief wil behandelen, de Alexander-Alquié'sche operatie de meest onschuldige is en geen stoornissen bij een lateren partus geeft, terwijl hij van de ventrofixatie, die hij trouwens zelf bijna nooit toepast, nog niet anders dan slechte resultaten heeft gezien. Voor eene operatieve behandeling bij retroflexie heeft hij de volgende eischen gesteld:

1. Beweeglijkheid van den uterus.
2. Ernstige bezwaren, die op goede gronden aan de liggingsverandering kunnen worden geweten.
3. Mislukken van de pessarium-therapie.

Bij de discussie, die op deze voordracht volgt, vraagt prof. Treub welken modus operandi de heer Kouwer bij zijn abdominale totaalextirpaties volgt. Hij deelt voorts mede, dat hij op gelijke wijze als prof. Kouwer een ureter-fistel heeft gekregen, waarvoor hij ook de nier heeft moeten extirpeeren. Er bestond ettering in 't cavum Douglasii en waarschijnlijk septische nephritis, daar in een klein gedeelte van de nier abscesjes werden gevonden. Eindelijk wil hij opmerken, dat de ventrofixatie misschien niet zoo schuldig en de Alexander'sche operatie misschien niet zoo onschuldig is als de heer Kouwer meent. Het staat hem voor den geest, dat er in den laatsten tijd, tengevolge van laatstgenoemde operatie, ernstige stoornissen zijn waargenomen bij den partus.

De heer Kouwer repliceert, dat hij bij zijn abdominale totaalextirpatie de methode van Doyen prefereert, omdat hij van meening is, dat daarbij de ureteren het minst gevaar loopen. De assistent vat den geheelen breeden band, terwijl hij één voor één de vaten onderbindt, die zich presenteeren. In het geval met de fistel was de methode van Doyen niet mogelijk wegens het cervix-myoom. Wat de Alexander'sche operatie betreft, gevallen van daardoor veroorzaakte stoornissen bij den partus zijn hem niet bekend.

De heer Stratz maakt den heer Kouwer opmerkzaam op de notulen van de vorige vergadering, waarin hij twee gevallen van stoornis, door de Alexander'sche operatie veroorzaakt, heeft medegedeeld.

De heer Barnouw zegt naar aanleiding van de bezwaren, die na ventrofixatie zijn waargenomen, dat hij deze toeschrijft aan het te ver voorover halen van den uterus. Hij heeft enkele weken

geleden een vrouw geassisteerd, die voor de tweede maal nà ventrofixatie een volkomen normale bevalling doormaakte. In een tweede geval heeft hij één normalen partus na ventrofixatie gezien. In de door hem geopereerde gevallen heeft hij den voorwand, beneden den fundus, aan den buikwand gehecht.

De heer Kouwer merkt op, dat ieder oordeelt naar hetgeen hij gezien heeft. Al de vrouwen die hij na ventrofixatie heeft kunnen observeeren klaagden, zelfs buiten de zwangerschap, over pijn, door het naar beneden getrokken worden van den buikwand.

Hiermede eindigt de discussie, en verkrijgt de heer Stratz het woord om een geval mede te deelen, dat op zichzelf niets bijzonders aanbiedt, maar door de bijkomende omstandigheden van belang wordt. Spreker vertoont een carcinomateusen uterus, verwijderd bij eene patiënte die, tien jaar nà 't intreden der menopause, weer bloedafscheiding kreeg. De portio was normaal; de uterus niet vergroot, in retroversie. Proefcurettage bracht carcinomateus weefsel voor den dag. De uterus werd verwijderd. Er zit een carcinoomknobbel in den fundus die op doorsnede tot vlak onder de serosa reikt. Het orgaan is dus juist bij tijds geëxtirpeerd.

Van de laatste zeven gevallen, die spreker onder observatie kreeg, is dit het eenige, dat voor radicale operatie in aanmerking kon komen. Dit geeft spreker aanleiding een voorstel te doen. Het is hem gebleken, dat onder de geneeskundigen de overtuiging niet algemeen vaststaat, dat de diagnose van carcinoom mikroskopisch uit uitgekrabde partikels kan worden gesteld, dat zij daarom aan dit onderzoek geen waarde hechten, en dientengevolge de gunstige tijd voor opereeren wordt verzuimd. Spreker zou daarom willen voorstellen, van de Gynaecologische vereeniging een schrijven aan de Nederlandsche artsen te doen uitgaan, waarbij de tijdige diagnose van carcinoom hun aan 't hart wordt gelegd. In dat schrijven zou op de eerste klinische symptomen en op de waarde der histologische diagnose met nadruk moeten worden gewezen.

De voorzitter vraagt, of de vergadering er zich mee kan vereenigen, dat het Bestuur in overleg met den heer Stratz in het volgende jaar dit plan ten uitvoer leggen zal.

Hiertoe wordt besloten.

Daarna demonstreerde de heer Pompe van Meerdervoort een uterus, per vaginam verwijderd bij een vrouw van 52 jaar. Patiënte leed gedurende drie weken aan nu en dan terugkeerende bloedingen uit de vagina. Bij onderzoek was een weeke massa, door het ost. uteri ext. komende voelbaar. De uterus was atrophisch; in de adnexa viel niets bijzonders te constateeren. Voor alle zekerheid werd een stukje van de weefselmassa microscopisch onder-

zocht. Daar men niet een maligne degeneratie bleek te maken te hebben, werd de uterus verwijderd. De operatie verliep zonder stoornis. Veertien dagen na de behandeling was de vaginaalwond gesloten. Twee weken daarna keerden de bloedingen terug en bleek een recidief zich in het litteeken te ontwikkelen. Drie maanden na de extirpatie overleed patiënte aan algemeene metastase van den tumor.

Bij onderzoek van het praeparaat bleek de tumor uit te gaan van de diepe lagen van het slijmvlies van den uterus ter hoogte van het ost. uteri int. De tumor had de cervix geperforeerd en vulde de geheele cervicaalholte op. Microscopisch deed het praeparaat bij zwakke vergrooting aan een endothelioma lymphaticum denken. Overal ontwaarde men fijne donkerblauw gekleurde strepen, welke uit epitheelcellen samengesteld waren, waardoor men den indruk kreeg alsof de lymph-vaten met een blauwgekleurde massa geïnjicieerd waren. Daar, waar de tumor aan het nog gezonde weefsel grensde, werden eenige klieren gevonden, waarvan het epitheel geringe maligne veranderingen vertoonde. Het was aldus niet twijfelachtig, dat men met een carcinoom te maken had, hoewel het microscopisch beeld bij den eersten oogopslag daarvan geheel afweek. Spreker wijst er op, dat die maligne tumoren, welke van de diepere lagen van het uterusslijmvlies uitgaan, tegenwoordig door velen voor endotheliomen gehouden worden. Hoewel hij niet ontkent, dat dergelijke tumoren werkelijk voorkomen, zoo blijkt uit zijn geval, dat vergissingen met carcinoom zeer wel mogelijk zijn en wel met die carcinomen, waarbij de nieuwgevormde epitheelcellen, nog voordat er van eenige belangrijke woekering sprake is, zich in de lymph-banen begeven en aldus den indruk geven alsof zij van de endotheelcellen der lymph-spleten uitgaan. Die atypisch woekerende carcinomen, waarvan zijn geval een duidelijk beeld geeft, heeft men den naam van carc. lymphaticum gegeven. De wijze van uitbreiding langs de lymphvaten is waarschijnlijk ook oorzaak van de zeer snelle uitbreiding van de nieuwvorming.

In aansluiting aan deze mededeeling zegt de heer van de Poll dat hij in Indië bij eene 18jarige patiënte, die aan vuile afscheiding en bloedingen leed, een uterus heeft geëxtirpeerd, die volgens Roll een sarcoom bevatte. Een tweede geval van uterus-sarcoom heeft hij eenige jaren geleden hier geopereerd. Deze gevallen zijn echter zeer zeldzaam.

De heer Pompe merkt op dat hij niet van sarcoom, maar van lymphosarcoom heeft gesproken.

De heer Ribbius demonstreert hierop eenige photographieën

van een dubbelmonster, dat, oppervlakkig gezien, uit éen hoofd en twee lichamen schijnt te bestaan. De zwangerschap was acht maanden ver. De vrucht is van 't vrouwelijk geslacht, en leefde bij de geboorte, maar is gauw overleden. De kin bestaat waarschijnlijk uit twee vergroeide onderkaken. Er zijn twee mondholten, gescheiden door een tusschenschot, dat tot in den pharynx gaat; twee tongetjes, waarschijnlijk twee oesophagi. De wervelkolom is dubbel; het os occipitis waarschijnlijk ook. Verder een normale schedel. Er is maar éen navel en éen navelstreng, die heel kort was en een groote, ovale placenta met een kleine insnoering in 't midden.

Er was hydramnios. De vorm van den uterus was ietwat abnormaal; de fundus uteri vertoonde een sleuf; de rechter kant stond wat hooger. De groote omvang van den romp was oorzaak, dat de partus traineerde, nadat het hoofd door de vulva was.

De heer Nijhoff vraagt, hoeveel vaten er in de navelstreng verliepen. Hij heeft een soortgelijk praeparaat, waar het aantal vaten het dubbele bedraagt.

De heer Ribbius heeft daarnaar niet onderzocht. Hij heeft het praeparaat maar korten tijd onder zijn berusting gehad; het moest begraven worden, daar de ouders Judaei zijn.

De heer Treub vertoont hierop een zestal praeparaten van tubereus subchoriaal haematoom.

Het eerste praeparaat dat hij te danken heeft aan de H.H. Meurer en van Lier, is afkomstig van een VIII-para. De zwangerschap was tot aan de 3de maand gewoon. Daarna hielden de subjectieve zwangerschapsverschijnselen op. Ei in toto uitgestooten 8 md. nà 't begin van de zwangerschap.

Het tweede praeparaat, door mej. van Kesteren in de collectie gevonden, draagt tot etiket: Ovulum met apoplectische ontaarding.

Het 3de praeparaat (afkomstig van Dr. van Dort-Kroon) is uitgestooten door een I-gravida, die 3 md. zwanger meende te zijn en 2 md. tevoren nog zwak had gemenstrueerd. De uterus stond circa 3 vingerbreedten boven de symphysis Toen pat. bloeding en pijn kreeg werd de medicus geroepen. Hij vond, dat er geen vocht uit de mammae te drukken was, geen pigmentatie, geen livide verkleuring van vulva en vagina, geen symptoom van Hegar, geen ongelijke consistentie van uterus; portio vast, ostium gesloten. Graviditeit twijfelachtig. Vier en twintig uur later opnieuw pijn en bloeding, en na nogmaals 24 uur ei in toto uitgedreven. Bij het openknippen vloeide alleen wat vocht af; geen foetus.

Het 4de praeparaat is afkomstig van Dr. de Haas. De patiënte leed aan onregelmatige vloeiingen; zij was *zeker* dat zij niet zwanger was.

Het vijfde praeparaat dankt spreker aan den heer van Lier. Het werd in toto uitgestooten, nadat pat. in 6½ maand niet had gemenstrueerd.

De praeparaten hebben nu allen dit gemeen, dat de grootte van de vrucht niet beantwoordt aan den tijd van de zwangerschap, en dat er wanverhouding bestaat tusschen de grootte van het embryo en van het ei. Voorts vertoonen alle aan den binnenkant knobbelvormige verheffingen, gevormd door bloedingen tusschen de decidua serotina en het chorion.

Er is een publicatie van Breus over het tubereus subchoriaal haematoom, waarin bijna alle gevallen tot de zoogenoemde „missed abortion" worden teruggebracht. Dit behoeft echter niet het geval te zijn. Breus heeft de afwijking zóó verklaard, dat na den dood van den foetus het chorion zou voortgroeien en daarin bloedingen zouden ontstaan.

Schauta heeft door Neuman het tegenovergestelde laten publiceeren, nl. dat de bloedingen primair en de dood van den foetus secundair zou zijn.

In een artikel van Gottschalk, dat van 1898 dateert, wordt gezegd, dat nà den dood van den foetus de vliezen kunnen voortgroeien. Gottschalk neemt aan, dat de vruchtdood het primaire is, omdat hij waargenomen heeft, dat in de chorionvlokken de vaatontwikkeling ontbrak. De verklaring zou dan zóo moeten luiden, dat 1° door het niet gevasculariseerd worden der chorionvlokken de foetus afsterft; 2° het chorion voortgroeit, en ter plaatse waar dit groeiende chorion van de decidua loslaat, secundair bloedingen ontstaan, die zich als circumscripte knollen vertoonen. Spreker wijst er op dat voor de eieren met grootere foetus deze verklaring, waarvoor hij overigens geene verantwoordelijkheid hebben wil, zoo zou moeten worden gewijzigd, dat slechts een klein gedeelte der chorionvlokken gevasculariseerd zou geweest zijn.

Mejuffrouw van Tussenbroek wil een paar opmerkingen maken, in de eerste plaats met betrekking tot de ligging der circumscripte bloedstolsels. Wanneer deze, zooals gezegd is, tusschen chorion en decidua gelegen zijn, dan zitten zij vrij in de intervilleuse ruimte. Zij kan zich dan wèl een min of meer diffuus infarct, maar niet den circumscripten knobbeligen vorm van het haematoom denken. Wat de mogelijkheid van het doorgroeien van foetale weefsels na den dood van de vrucht betreft, daaraan bestaat bij haar geen twijfel; zij heeft zich daarvan kunnen overtuigen bij een grooten placentairpolyp, die ten deele uit gewoekerd foetaal weefsel was opgebouwd.

Dat het ontbreken van vaten in de chorionvlokken op primairen

vruchtdood wijst, kan zij niet toegeven. Het is ondenkbaar, dat de chorionvlokken in het geheel niet gevasculariseerd zouden geweest zijn; daartegen pleit het ontwikkelingsstadium der foetus in sommige der gedemonstreerde praeparaten; zij zijn te ver ontwikkeld, om alleén van de dooierblaas-circulatie te hebben geleefd. De vaten zijn er dus geweest, maar later te gronde gegaan. En nu kan men zich even goed voorstellen, dat de foetus gestorven is ten gevolge der degeneratie van zijn vaatstelsel, als dat de vruchtdood primair en het verdwijnen der vaten daarvan een gevolg is geweest.

De heer van der Hoeven sluit zich aan bij de opmerking van mej. van Tussenbroek, dat het ontbreken van de vaten den primairen vruchtdood niet bewijst. Hij heeft een mikroskopisch onderzoek van de praeparaten verricht, en kan daaromtrent het volgende mededeelen.

Het amnion en het chorion beide vond hij in goeden staat. De vlokken vertoonen het beeld van een jong zwangerschapsstadium; het stroma, waarin geen vaten te zien zijn, is omsloten door een laag Langhans'sche cellen en een laag syncytium. Boven de decidua ligt een dikke fibrine-laag.

In de decidua zelf vindt men groote bloedmassa's. Het bloed zit binnen de vaten, wier endotheel platgedrukt is. Ook de intervilleuse ruimten zijn vol met gedeeltelijk gestold bloed: het zijn de opgepropte intervilleuse ruimten, die het beeld geven van het subchoriaal haematoom. Het komt spreker voor, dat het geheele beeld op eene stuwing in de vaten der decidua en in de intervilleuse ruimten wijst. Deze stuwing heeft vermoedelijk tot slechte circulatie aanleiding gegeven, waardoor de groei van chorion-vlokken en foetus beide is vertraagd; wellicht is zóó de omstandigheid te verklaren, dat de grootte van foetus en vruchtzak niet evenredig is aan den zwangerschapsduur. Het onderzoek van den foetus zelf zal nog moeten leeren, of deze tot aan de uitstooting van het ei heeft geleefd.

De heer van de Poll maakt de opmerking, dat er, volgens Neumann, veranderingen zijn gevonden, welke op thrombosevorming in de foetale vaten wijzen.

De heer Treub antwoordt aan mej. van Tussenbroek, dat men in het gegeven geval een knolvormig en niet een plat placentair-infarct krijgt, doordat het groeiende chorion te groot wordt voor de beschikbare decidua-oppervlakte, en daardoor uitstulpingen in de eiholte vormt. In deze uitstulpingen komt dan de bloeding tot stand.

Wat de quaestie van 't ontbreken der vaten in de chorionvlokken betreft, herinnert hij reeds te hebben opgemerkt, dat de ontwik-

keling van den foetus in het eerst gedemonstreerde geval te ver gevorderd was om hier alléen een dooierzak-circulatie te kunnen aannemen. Dat er stuwing is, wil hij met Dr. van der Hoeven gaarne aannemen. De vraag is echter, waardoor die stuwing wordt teweeggebracht. Zich incompetent verklarende in de vraag naar het al of niet bestaan van bloedvaten in het chorion, en mededeelende, dat hij de praeparaten door een zijner leerlingen zal laten bewerken, merkt hij alléen nog op, dat, naar hij meent uit de praeparaten van Breus is gebleken, dat waar in het chorion vaten bestaan hebben, men er altijd resten van kan vinden.

In aansluiting aan de mededeeling van prof. Treub vertoont de heer van de Poll een praeparaat van „missed abortion". Het was een ei ter grootte van een sinaasappel, rondom met vlokken omzet. Pat. had 15 April 1899 voor 't laatst gemenstrueerd; de uitstooting van 't ei had plaats op 5 Mei 1900.

Pat. was vroeger nog eens zwanger geweest, en toen, op 1 Juli '98, bevallen van een kind van 6¹/₂ maand. De verschijnselen van de tweede zwangerschap waren als die bij de eerste; het braken, in 't laatst van Mei begonnen, was minder hevig dan de eerste keer. In Juli bemerkte patiënte dat zij dikker was geworden. Na dien tijd zag zij niet veel verandering meer. Een dag of 10 vóor October meende zij leven te voelen; 14 dagen later nog eens, maar nooit duidelijk. Begin October kwamen 's nachts enkele druppels donker bloed. Overigens nooit bloedverlies. De eene borst is geheel slap, de andere is, naar zij meent, iets breeder geworden. Pat. voelt zich heel wel.

Bij onderzoek, 24 Maart 1900 werd de vagina wijd, de portio vaginalis week bevonden; het ostium externum laat den vinger niet toe. Uterus in anteversio-flexio, maakt met de cervix een knikkingshoek van ± 90°. Het orgaan heeft de grootte van een graviden uterus in de 4de of 5de maand.

De diagnose werd gesteld op vermoedelijke zwangerschap met afgestorven vrucht: „missed abortion".

De uitstooting van het ei volgde anderhalve maand later. Het bleek een mola te zijn. Van een foetus was geen spoor aanwezig.

Dr. Driessen heeft pas een geval waargenomen van een afgestorven ei, dat 5 md. in den uterus heeft geresideerd. Pat. had in October 't laatst gemenstrueerd. De eerste 3 md. waren er zwangerschapsverschijnselen, later niet meer. Pat. heeft geen leven gevoeld.

Bij onderzoek was de uterus zoo groot als een sinaasappel, en naast den uterus werd een tumor gevoeld. Bij een later onderzoek scheen die tumor iets toegenomen. Hij was elastisch, vrij week,

waarschijnlijk verbonden met den uterus. Bij onderzoek in narkose bleek de tumor plotseling verdwenen te zijn; hij moet het er dus voor houden, dat het een ophooping van vocht tusschen de darmen is geweest. Spreker zag tijdens zijn assistentschap bij prof. Treub een dergelijk geval. Heden nacht traden er weeën op, en werd een ei van drie maanden uitgestooten.

De heer Stratz heeft een geval waargenomen, dat zich hierbij aansluit. Voor eenigen tijd werd hem een patiënte toegezonden met de diagnose: gravida aan 't eind van de 9de zwangerschapsmaand, placenta praevia. Pat. had sinds 14 dagen bloed verloren. Bij onderzoek bleek de uterus niet grooter te zijn dan in de 3de zwangerschapsmaand. Pat. kwam een dag of 3, 4 later terug. Het ostium was nu geopend; daarachter was een weeke massa te voelen. De vagina werd getamponneerd; den volgenden morgen was het ei uitgestooten. Het bestond uit eene vaste massa met een centrale cyste; een kleine eiholte dus, omgeven door een thrombus.

De wetenschappelijke mededeelingen zijn hiermee ten einde. Nadat een voorstel, door den voorzitter gedaan, om de Junivergadering een week te verdagen, en te vervangen door een déjeûner en een gemeenschappelijke wandeling in de buurt van Utrecht bij acclamatie is aangenomen, wordt de vergadering gesloten.

Vergadering van Zondag 14 October 1900.

Voorzitter: Prof. Kouwer.
Secretaresse: Dr. Catharine van Tussenbroek.

Na 't openen der vergadering wordt het voorgestelde nieuwe lid, de Heer H. G. Samson, Arts, te Amsterdam, tot lid der Vereeniging aangenomen.

Hierop verkrijgt Dr. Mendes de Leon, als afgevaardigde naar het Internationale Congres te Parijs het woord, voor het uitbrengen van zijn verslag.

De heer Mendes de Leon begint met te zeggen, dat hij de opdracht der Ned. Gyn. Vereeniging niet zóo heeft kunnen uitvoeren, als hij dit wel had gewild. In de eerste plaats omdat hij het congres niet tot het einde toe heeft kunnen bijwonen, in de tweede plaats omdat de secties voor verloskunde en voor gynaekologie gelijktijdig vergaderden, zoodat men slechts bij één van beide kon tegenwoordig zijn, en in de derde plaats omdat Parijs behalve

een congres ook een tentoonstelling aanbood, en hij dus begrijpelijkerwijze de vergaderzalen somtijds verlaten heeft voor de Esplanade des Invalides of voor de Champs Elysées.

Hij heeft zich tot het bijwonen van de sectie voor gynaecologie bepaald en wil daaromtrent gaarne een en ander mededeelen.

Den 3en Aug. werden de sectie-vergaderingen geopend en kwam de operatieve behandeling van het carcinoma uteri aan de beurt. Rapporteurs waren von Ott (Petersburg), Richelot (Parijs) en Cullen (Baltimore). De discussie liep over de vragen:

1. Moet bij carcinoma uteri de geheele uterus worden verwijderd?
2. Is de abdominale of de vaginale weg te verkiezen? en
3. Is het évidement du bassin, het verwijderen der lymphklieren uit het bekken, noodig of wenschelijk?

Over de eerste vraag bestond geen verschil van opinie. Over de tweede, de keuze van den abdominalen of vaginalen weg, des te meer.

Van Ott toonde zich een groot voorstander van den vaginalen weg. Verwijdering der retro-peritoneale lymphklieren acht hij niet wenschelijk: de noodzakelijkheid van dit ingrijpend procédé staat noch op theoretische noch op klinische grond vast. Van Ott is zelfs een tegenstander van het mede-verwijderen der adnexen, als daarvoor niet een directe indicatie bestaat.

Hij gaf voorts een verslag van zijn resultaten, dat tamelijk gunstig luidt.

Cullen, die zich door omvangrijke studiën over het carcinoma uteri in Amerika naam heeft gemaakt, opereert bij voorkeur abdominaal. Zijn motieven zijn, dat men langs abdominalen weg zijn terrein beter overziet, zoodat men het gevaar voor inoculatie vermindert, en, waar het noodig is, gemakkelijker de lymphklieren bereikt. Zijn methode komt op het volgende neer. Nadat hij, liefst eenige dagen te voren, de carcinomateuse massa's zooveel mogelijk heeft verwijderd, opent hij het abdomen. De uterus wordt uit zijn verbindingen losgemaakt; de ureteren vrij gepraepareerd, de vaten doorgesneden en afzonderlijk onderbonden. De uterus wordt nu van uit de vagina naar beneden getrokken, de peritoneaalbekleeding boven den uterus gesloten, en eerst daarna het orgaan per vaginam geëxstirpeerd.

Zijn resultaten zijn zeer gunstig.

Richelot trad weer warm voor de vaginale methode in 't krijt. Evidement du bassin acht hij overbodig. Maar hij dringt er op aan te opereeren vóórdat er infiltratie van het parametrium bestaat.

Er volgde nu een levendige discussie, waarbij de verschillende sprekers ieder met hun resultaten voor den dag kwamen. De strijd der meeningen kwam daarbij in zooverre tot oplossing, dat allen,

die nog bij geïnfiltreerde parametriën opereeren, den abdominalen weg bleken te verkiezen, terwijl de vaginale methode de voorkeur had bij hen, die de totaalexstirpatie beperken tot die gevallen, waar de omgeving nog niet is geïnfiltreerd. Bij sterk bloedverlies die tot uitputting had gevoerd, werd de vaginale methode door allen verkozen.

Terwijl de meeste sprekers met hun eigen resultaten nogal tevreden bleken te zijn, maakte Reynier hierop een uitzondering. Hij deed mededeeling van een 60tal gevallen, langs vaginalen weg geopereerd, waarvan slechts twee gedurende twee jaren vrij van recidief waren gebleven, en was zoo weinig tevreden met dit resultaat, dat hij den vaginalen weg weer had verlaten; vooral nadat de exstirpatie per vaginam herhaaldelijk onmogelijk was gebleken, zoodat hij per laparotomiam moest voleindigen, wat hij per vaginam begon.

Een der Engelsche sprekers wees op de waarde der vroege diagnose en op de noodzakelijke medewerking van den huisarts.

In de namiddag-zitting van 7 Aug. kwam de métrite cervicale aan de beurt.

Rapporteurs: Pozzi, Döderlein, Mendes de Leon.

Döderlein behandelde vooral de aetiologie. Ofschoon in 't algemeen geen ontsteking wordt aangenomen zonder mikro-organismen, moet men nogtans bij metritis colli ook naar andere oorzaken omzien; hij zoekt deze oorzaken in het ectropion en de cervix-scheuren. De gonococcen en de tuberkelbacil hebben deze praedisponeerende oorzaken niet noodig; zij kunnen ook in gezond weefsel binnendringen.

Pozzi besprak vooral de behandeling. Hij wees op den ernst der cervikaal-aandoeningen die, ofschoon zij dikwijls met aandoeningen van het corpus gecombineerd voorkomen, toch lang geïsoleerd kunnen bestaan. Energische behandeling acht hij noodig. Bij belangrijke aandoening moet de therapie een operatieve zijn, waarvoor hij de Emmet'sche operatie afkeurt en zijn eigen biconische resectie aanbeveelt.

Met zijn eigen rapport wil spreker de vergadering niet vermoeien, des te minder, daar het later toch in extenso wordt gepubliceerd. Hij wil er alleen op wijzen, dat het verslag in 't Centralblatt für Gynaecologie een paar onjuistheden bevat. Het is onjuist, dat hij geheel op Pozzi's standpunt staat, zooals het Centralblatt vermeldt. Pozzi heeft zich vroeger in dien zin uitgesproken, dat cervixaandoeningen haast altijd met aandoeningen van het corpus gaan gepaard; met deze uitspraak is spreker het eens, doch dit is tegenwoordig Pozzi's standpunt niet, daar deze later, en ook nu in zijn Rapport, verklaard heeft dat cervixaandoeningen heel vaak geïsoleerd vòorkomen. Spreker heeft ook niet beweerd, zooals het

Centralblatt wil, dat het rationeel is, steeds te curetteeren, vóór men tot eene andere therapie besluit; doch hij heeft gezegd dat proefcurettage en mikroskopisch onderzoek het éenige middel is om uit te maken, of een endometritis colli zich al of niet ook over het corpus heeft uitgebreid. Aan de discussie over het onderwerp namen Bouilly en Paul Petit deel.

Eerstgenoemde vestigde de aandacht op eene glandulaire hypertrophie die op de portio vaginalis is gelocaliseerd op tweeërlei wijs.

a. als kleine knobbels in het collum, vooral op de achterlip, omgeven door gezond weefsel; deze knobbels worden vaak met maligne nieuwvormingen verward.

b. als zwellingen van de voorlip aan de binnenvlakte, met vrij belangrijke hypertrophie van de cervikaalklieren.

De therapie moet in beide gevallen in slijmvlies-excisie volgens Schroeder bestaan.

Petit sprak vooral over de therapie.

Bij de acute blennorrhoe, die haast altijd tot de cervix bepaald blijft, moet men zich wachten voor curettage of andere intra-uterine therapie. Behandeling met irrigaties is rationeel. Petit gaf daarvoor een instrument aan, dat tegelijk het cervikaal-kanaal en de vagina uitspoelt. De chronische cervikaal-catarrh behandelt hij met caustica; als deze in den steek laten met curettage of met slijmvlies-excisie volgens Schroeder.

Onder de medicamenteuse middelen herinnerde hij ook aan de applicatie van biergist, waarbij de bacteriën te gronde gaan ten gevolge van de koolzuur-ontwikkeling.

De verdere voordrachten bestonden meerendeels in opsommingen van operaties. Een uitzondering maakten de mededeelingen van Cullen en van Leopold. Cullen demonstreerde door fraaie lichtbeelden de weefselveranderingen op de grens van het carcinoom, en de differentiëel-diagnose tusschen glandulaire hypertrophie en beginnend carcinoom.

Leopold, die zich met onderzoekingen omtrent den oorsprong van 't carcinoom bezig houdt, vertoonde de blastomyceten, die hij uit het carcinoom van den mensch in reincultuur heeft gekweekt en waarmede hij bij dieren niet carcinoom, maar sarcoom schijnt te hebben opgewekt.

Omtrent de feestelijkheden refereert spreker zich aan wat daaromtrent in 't Tijdschrift voor Geneeskunde is gezegd. Iedereen was het in Parijs er over eens, dat de ontvangst verleden jaar in Amsterdam veel beter was, en de gasten van destijds dachten allen met het grootste genoegen aan die dagen terug.

Nadat de Voorzitter aan den Afgevaardigde den dank der Ver-

eeniging heeft gebracht voor zijn uitvoerig verslag, verkrijgt Dr. Stratz het woord tot het doen zijner mededeeling over eenzijdige haematometra bij uterus duplex.

Spreker heeft den tumor, dien hij in de April-vergadering vertoonde, samen met Dr. Josselin de Jong, nauwkeurig onderzocht, en vertoont eenige fraaie makro- en mikroskopische teekeningen benevens eenige mikroskopische praeparaten. Het is nu bij dit onderzoek gebleken, dat de niet atretische uterus-helft volkomen normaal was, terwijl adhaesies alléen op de haematometra en haematosalpinx werden gevonden.

Bij mikroskopisch onderzoek kon men nu zoowel in de haematometra als in de haematosalpinx overal het epithelium nog aantoonen. Op de plaats waar makroskopisch het ostium internum was vermoed, vond men inderdaad den overgang van het corpus- in het hooge cervixepitheel. Het onderste gedeelte van den bloedhoudenden tumor vertoonde het plaatepitheel van de vagina. Tusschen haematometra en haematosalpinx werd een smalle communicatie gevonden.

Vergelijkt spreker dit geval met de haematosalpinx die hij 10 jaren geleden beschreef, dan vindt hij in laatstgenoemden een vroeger stadium van hetzelfde proces terug. Ook daar was overal het epitheel behouden gebleven. In het door Treub gepubliceerde geval, dat een later stadium representeert, was het epithelium geheel te gronde gegaan. Merkwaardig is nog het aspect van de plooien der tuba; deze zijn verbreed en afgeplat. De tuba-wand is voorts geïmbibeerd met bloed en vertoont stuwing in de veneüse vaten; de inhoud van de haematosalpinx kan dus, gedeeltelijk althans, wel van veneuse stuwing afhankelijk zijn. Hetzelfde vond spreker in zijn vroeger gepubliceerde haematosalpinx, eveneens in het daarbij behoorende haematovarium, waar talrijke haemorrhagieën in de theca interna zich blijkbaar in den follikel hadden baan gebroken.

Over de aetiologie en de therapie van haematometra en haematosalpinx zijn nog steeds de opinies verdeeld. Tot aan 1888 was er slechts eén geval bekend, dat met gunstig gevolg geopereerd was, en wel door Schroeder, die ovarium en tuba beide verwijderde. In 88 en 89 werden met goed succes vier gevallen geopereerd en wel door Treub, Stratz, Leopold en Kehrer. De drie laatstgenoemden verrichtten castratie met verwijdering van de haematosalpinx. Treub verwijderde ook de haematometra. Door Sänger zijn later nog meerdere gevallen gepubliceerd.

Terwijl enkele operateurs van gevoelen zijn, dat men den bloedzak van onderen moet openen, zijn de meesten het er over eens, dat men, bij aanwezigheid van haematosalpinx, van 't abdomen uit opereeren moet. Men kan dan, nà verwijdering van de haemato-

salpinx, de haematometra van onderen uit openen, ten einde den vrijen afvoer te verzekeren van het menstruaalbloed; het verdient echter ook overweging bij de abdominale operatie tegelijk het gezonde ovarium te verwijderen, daar het toch meestal bij deze patiënten sukkelen blijft, als de menstruatie blijft bestaan.

Over de aetiologie der gynatresieën heerscht ook nog geen eenstemmigheid. Nagel en Veit beweren dat alle eénzijdige atresieën, en van de dubbelzijdige alle die een haematosalpinx hebben, van infectie afhankelijk zijn. Sänger is van een ander gevoelen. Hij neemt aan, dat bij dubbelzijdige atresie met haematometra, zonder ontsteking secundair haematosalpinx kan ontstaan. De gevallen, die hij meedeelt, zijn echter niet volkomen overtuigend.

In het door spreker medegedeelde geval ontbreekt aan de niet atretische zijde ieder spoor van ontsteking. Het is nu niet wel aan te nemen, dat een ontstekingsproces, dat aan de eéne zijde tot sluiting van het genitaalkanaal voert, de andere zijde geheel intact zou laten. Daarenboven ontbreekt, mikroskopisch, ieder verschijnsel van litteekenvorming aan de onderste pool van den bloedzak. Evenals in het door Dr. van Tussenbroek medegedeelde geval van hymenale atresie, zet zich ook in sprekers geval de normale spierwand in de onderste pool van den bloedzak voort.

Wat er van ontstekingsverschijnselen valt op te merken, is uitsluitend gelocaliseerd in de buurt van de haematosalpinx. Spreker acht dus de theorie van Nagel-Veit op zijn geval niet van toepassing. Dat er secundair een ontstekingsproces uit den darm is bijgekomen, is niet onwaarschijnlijk.

Prof. Treub heeft de mededeeling van den heer Stratz met groot genoegen gehoord. Door de beide gevallen van Dr. van Tussenbroek en van Dr. Stratz is nu voldoende bewezen, dat zoowel bij enkelvoudig en overigens normaal genitaalkanaal als bij eénzijdige atresie met haematosalpinx, de afsluiting een congenitale kan zijn, die niet op ontsteking, maar op ontwikkelingsstoornis berust.

Merkwaardig noemt spreker nog de communicatie die tusschen uterus en tuba bestond. In het indertijd door Maasland gepubliceerde geval was de inhoud van haematometra en haematosalpinx geheel verschillend. In den uterus bevond zich de gewone strooperige massa; in de salpinx was een kruimelige inhoud. Daar bestond dus blijkbaar geen communicatie. In het door spreker het laatst geopereerde geval bestond wèl communicatie. Dit bleek daaruit, dat een onderzoek, in narcose verricht, ten gevolge had, dat de haematosalpinx bij de operatie sterk in omvang bleek toegenomen te zijn. De inhoud in beide zakken was volkomen gelijk. Hier was dus wel degelijk reflux uit de haematometra in de haematosalpinx gevolgd,

terwijl de praeparaten van Stratz duidelijk maken, dat ook op andere wijze, n.l. als gevolg van veneuse stuwing, een haematosalpinx kan ontstaan. Spreker is het voorts met Dr. Stratz eens, dat de haematosalpinx eerst van boven uit moet worden verwijderd, vóor men den bloedzak van onderen opent. Bij dubbelzijdige haematosalpinx is het wenschelijk, ook de haematometra te verwijderen, die als regel heel gemakkelijk is uit te pellen. Bepaalt men zich tot dubbelzijdige castratie, dan loopt men gevaar, dat er een stukje van 't ovarium blijft zitten, en de patiënte niet van haar klachten af is. Bij eénzijdige haematosalpinx acht hij het wenschelijk den uterus en het gezonde ovarium te laten zitten.

De heer Schoemaker demonstreert hierop een paar nieuwe beenhouders, die het voordeel hebben, dat zij voor ieder been en voor iederen stand passen, en dat zij gemakkelijk zijn te verstellen. Zij worden achter de patiënt aan de operatietafel bevestigd. Het principe is niet nieuw: het is ontleend aan den bekenden riem van van Ott, die de beenen naar achteren brengt. De leeren riem is echter door metaal vervangen.

Prof. Kouwer deelt een geval mede van BARING BIJ SPLEETBEKKEN. Een 25jarige vrouw, voor de eerste maal zwanger, was zich niet bewust eenig noemenswaardig gebrek te bezitten behalve een klein „wondje" aan het onderuiteinde van den buik, dat bij aanraking uiterst pijnlijk was. Zij was sterk en vlug. Het onderzoek deed een gespleten bekken ontdekken (afstand der schaambeenderen ongeveer 5 cM.). De uitwendige geslachtsdeelen lagen iets meer naar voren dan normaliter; de labia majora weken uiteen, om zich op de schaambeensuiteinden in het onderhuidsche vet te verliezen. De geheele introitus vaginae lag daardoor vrij en zichtbaar, omgeven door de groote labia minora; clitoris en praeputium clitoridis vertoonden een geringe splijting. Het „wondje" bevond zich 3 cM. boven den clitoris, daarvan gescheiden door een als litteeken glinsterende huid, en 12 cM. daarboven een normaal gevormde navel. Het pijnlijke weefsel, door patiënte als een wond beschouwd, bleek ectopisch blaasslijmvlies te zijn, dat volstrekt niet communiceerde met de normaal functionneerende blaas. Het werd geëxstirpeerd, waarbij een dun strengetje moest worden doorgeknipt, dat zich door de linea alba heen naar de buikholte begaf.

Verder werd bij de vrouw een belangrijk versterkte lendenlordose waargenomen. Het bekken was ruim, hoewel het promontorium gemakkelijk te bereiken was (C. D. 12.5 cM.). 't Sacrum is weinig concaaf. De baring liep in 9 uren tijds af, waarbij het hoofd zich zeer beweegelijk toonde: alleen het perineum gaf eenig oponthoud en scheurde in. Na hechting genas deze wond. De vrouw kreeg later geen prolaps.

Spreker vertoont een radiogram van het bekken, post partum vervaardigd.

In de litteratuur zijn hem slechts 8 gevallen van baring bij gespleten bekken bekend geworden: bijna altijd is daarbij het perineum ingescheurd, en trad later prolaps op.

Fig. 1.



Gevallen van bekkenspleet zonder buikspleet, zonder ectopie der blaas zijn hem niet bekend geworden.

De studie van het spleetbekken is van belang voor de bekkenstudie in het algemeen. Spreker demonstreert één vrouwenbekken (fig. 1) [1]), twee mannenbekkens (fig. 2) en één kinderbekken (fig. 3) (jongen van 6 jaar). Hoewel quantitatieve verschillen opleverend, hebben al die bekkens zeer groote overeenkomst met elkander. De schaambeensvereeniging ontbreekt, de horizontale tak van het schaambeen is slecht ontwikkeld, soms ook het zitbeen. Andere gebreken, die als aangeboren beschouwd moeten worden, vindt men er niet aan. Het schaambeen is naar boven opgebogen, het tuberc. pubis is lang, staat naar boven en buiten (werking der buikspieren). De richting van het foramen obturatum is veranderd in overeenstemming daarmede. Het geheele darmbeen is naar buiten omgelegd, om een verticale as, waardoor

Fig. 2.



[1]) Deze figuren zijn ontleend aan het Leerboek der Verloskunde van Van der Meij—Treub, 2e deel.

zijn achterrand het sacrum van achteren meer omvat, de afstand der spin. post. dus verkort is. Het sacrum *schijnt* daardoor diep ingezonken tusschen de ossa ilei, maar is het in werkelijkheid niet, daar het promontorium hoog, boven den bekkeningang staat. De beschreven draaiing der darmbeenderen heeft ten gevolge gehad, dat de spinae ischiadicae naar binnen, naar de bekkenholte toe gekeerd, en de acetabula naar buiten en achter verplaatst zijn. De incisura ischiadica is nauw.

Fig. 3.



De spinae il. ant. sup. staan wijd uit elkander; haar afstand verschilt slechts weinig van die der cristae. De spina anterior inferior ontbreekt nagenoeg geheel en de gleuf, door den m. psoas nagelaten, is zeer ondiep. Het sacrum is convex in dwarse en in overlangsche richting, vertoont één of meer valsche promontoria (vooral het eene mannenbekken, dat een assimilatiewervel bezit), en het eerste paar foram. sacralia is langgerekt van onder naar boven. De eerste heiligbeenswervel staat geheel of driekwart boven den bekkeningang.

Spreker bestrijdt de opvatting van Litzmann, als zou de romplast bij deze bekkens het sacrum dieper tusschen de darmbeenderen ingedrongen hebben. Het sacrum is als 't ware blijven staan, terwijl de darmbeenderen er omheen draaiden, zoodat het bekken zich van voren meer en meer opende, van achteren, achter het sacrum, zich meer en meer sloot. Daar de heupkommenlijn dichter bij het sacrum loopt, dan bij het normale bekken, moest de zwaartelijn, wilde het kind zijn evenwicht verkrijgen en behouden, naar achteren verplaatst worden — en wel in sterker mate dan bij het normale individu — werd er dus ook een sterker lendenlordose vereischt dan bij het normale bekken. Die sterkere lordose had ten gevolge, dat de wervelkolom en ook dat deel van het sacrum, dat die kromming mede helpt vormen, aan de convexe zijde verlengd, aan de concave verkort, ineengedrongen werd. Wat door spierwerking eerst actief tot stand gebracht werd, werd later bestendigd door den groei van het beenweefsel. Dit wordt nader toegelicht aan een gehalveerden foetus.

Het gevolg van die sterke buiging is dus dit: de wervels wor-

den aan de ventrale zijde hooger, aan de dorsale platter, lager, en daar de sacraalvleugels gefixeerd zijn tusschen de darmbeenderen ondervindt het wervellichaam den invloed in sterkere mate en wordt als 't ware tusschen de vleugels uitgetrokken. Het sacrum van 't spleetbekken is dus een echt lordose-sacrum, gelijk dit ook o. a. wordt aangetroffen bij het kyphotisch bekken en het luxatie-bekken. Spr. brengt hierbij de groote verdiensten van prof. Treub in herinnering, die vooral die beide bekkenvormen zoo voortreffelijk heeft ontleed, en daarvoor eveneens de versterkte lordose voor een groot deel aansprakelijk stelt.

Breus en Kolisko hebben voor het spleetbekken alle waarde ontzegd aan deze mechanische momenten, en verklaard, dat het spleetbekken, zooals wij het kennen in volwassen toestand, reeds bij den foetus wordt aangetroffen; de typische vorm zou dus zuiver congenitaal zijn. Zij hebben dit gedemonstreerd in een vergadering, maar de afbeeldingen van die foetale bekkens niet openbaar gemaakt. Spr. onthoudt zich dus van een oordeel over *die* bekkens, maar wijst op het hier gedemonstreerde kinderbekken, waar de typische vorm nog pas in wording is. Hier is het sacrum van achteren nog niet zoo eng omvat door de darmbeenderen, hier is de linker bekkenhelft nog in veel minder mate naar buiten omgelegd dan de rechter, hier is het sacrum nog pas op weg om convex te worden.

Een tweede argument van Kolisko en Breus voor hun opvatting kan spr. ook niet laten gelden, nl. het bestaan van spleetbekkens met concaaf sacrum. Hij kent dezen vorm alleen uit één beschrijving en afbeelding van die auteurs. Dat bekken vertoont in de eerste plaats dit verschil met de andere, dat de pars pelvina ossis ilei zelfs langer is dan normaliter, zoodat de acetabula-lijn verder van het sacrum afstaat, en het individu dus niet die sterke lendenlordose noodig had als door de andere besproken bekkens noodzakelijk werd gemaakt. In de tweede plaats is bij dit bekken met hol sacrum de pars sacralis ossis ilei zoo buitengewoon krachtig ontwikkeld, dat daardoor geen convexiteit ontstaan kon. Immers het lordose-sacrum is niet enkel en alleen afhankelijk van de lordose; wervellichaam en -vleugels vormen bij een normaal sacrum een gewelf; het lichaam is de sluitsteen, de vleugels zijn de pijlers. Een kracht, die het gewelf tracht af te platten (b.v. de sterke lordose), is daartoe slechts in staat, wanneer het materieel zwak is (zooals b.v. bij rachitis) of wanneer de pijlers, de voetpunten uiteen kunnen wijken. Die twee voorwaarden waren niet vervuld bij het spleetbekken met concaaf sacrum; daarom bleef het hol, en bleef van den invloed der lordose niets anders over dan de hooge stand van het promontorium.

Is dus het lordose-sacrum gekarakteriseerd èn door convexiteit (of althans verminderde concaviteit) èn door hoogen stand van het promontorium? Neen, bij het luxatie-bekken o. a. vindt men in de helft der gevallen een laagstaand promontorium. Treub verklaart dit door de vermeerderde bekkenhelling, waarmede spr. zich niet volkomen kan vereenigen. Hoe sterker de bekkenhelling is, des te sterker moet ook de lordose zijn. Naar Spreker's meening is de lordose een krachtiger factor dan de helling en zou dus het grootste aandeel in de vervorming van het sacrum moeten hebben. Zonder den invloed dier versterkte helling te willen ontkennen, meent spr. dat daarbij nog een andere voorwaarde vervuld moet zijn, nl. een minder krachtige opsluiting van het sacrum tusschen de darmbeenderen. Is aan dezen eisch voldaan bij het luxatie-bekken, dan plat het bekken zich af, doordat de darmbeenderen zich om het sacrum heen wentelen, in denzelfden zin als bij het spleetbekken op grootere schaal gebeurt, dan krijgt het sacrum aan de voorzijde ruimte en kan het door den romplast in het bekken geperst worden. Het is dan ook juist het „type aplati" van Treub's luxatiebekkens, waar men dit waarneemt. Bij 't spleetbekken daarentegen daalt het promontorium niet, hoewel die draaiing der darmbeenderen hier veel sterker is, omdat het zooveel krachtiger is, zooveel sterker ligg. sacro-iliaca bezit dan het luxatiebekken.

Discussie wordt verdaagd.

Hierop vertoont Dr. Mendes de Leon twee toestelletjes. Het éene is een glazen koker, bestemd om jodoformgaas te bewaren. De koker is gesloten door een gutta-percha stop die hol is en formaline bevat, welke met zijn dampen den glazen koker vult Het tweede toestelletje is een bus om jodoformgaas te administreeren. De bus kan in een gewoon Lautenschläger-apparaat worden gesteriliseerd. Het deksel draagt een spil, waarom het jodoformgaas wordt gewonden. Door een spleet in de bus trekt men het gaas naar buiten. Dr. Holleman heeft om den metalen spil een glazen buisje gebracht, waardoor het afrollen uiterst gemakkelijk gaat. De bus is bij Adler verkrijgbaar.

Hiermede zijn de mededeelingen ten einde, en wordt de vergadering gesloten.

Vergadering van Zondag 18 November 1900.

Voorzitter: Prof. KOUWER.
Secretaresse: Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Nadat de Voorzitter de Vergadering geopend, en het nieuwe lid, den Heer Samson, welkom geheeten heeft, worden de heeren

Dr. A. Geyl te Scheveningen en Dr. K. H. J. Barendrecht te Amsterdam, tot leden der Ned. Gyn. Vereeniging aangenomen.

Hierop wordt de discussie geopend over de voordracht, door Prof. Kouwer in de vorige vergadering over het spleetbekken gehouden.

Prof. Treub wil in de eerste plaats opmerken, dat hij deze voordracht met groote belangstelling en waardeering heeft gehoord. De verklaring van den eigenaardigen vorm van het spleetbekken uit de versterkte lendenlordose, die het gevolg is van de verplaatsing der zwaartelijn naar achteren, is nieuw en in hoofdzaak juist. Toch komt het spreker voor, dat de opvatting van Litzman niet geheel verworpen moet worden, en dat het sacrum wel degelijk min of meer tusschen de heupbeenderen inzakt.

Spreker vertoont eenige schemata van de verhouding tusschen sacrum en heupbeenderen bij de gedemonstreerde spleetbekkens, die dit duidelijk maken.

Aan de hier aanwezige gepraepareerde spleetbekkens vindt men bovendien nog andere bewijzen, dat het sacrum pogingen gedaan heeft om dieper te zakken. De sulcus prae-auricularis is dieper dan aan 't normale bekken, en daar vóor bevindt zich een exostose, die op sterker indrukking van 't sacrum wijst.

Voorts heeft spreker nu en dan gelegenheid gehad jonge individuen met een bekkenspleet te onderzoeken. Hij heeft daarbij kunnen opmerken, dat er tusschen de wijdte van de bekkenspleet in liggende en in staande houding een groot verschil is, en dat de spleet, wijder geworden als het kind staat, onmiddellijk weer nauwer wordt als het gaat liggen.

Waar Kouwer dus den veranderden bekkenvorm uitsluitend op rekening stelt van de veranderde zwaartelijn en de versterkte lordose, die de heupbeenderen naar achteren roteert, meent spreker daarnevens ook wel degelijk een dieper inzakken van 't sacrum te moeten aannemen. Dat het promontorium zoo hoog staat, hangt bij enkele der gedemonstreerde bekkens samen met de aanwezigheid van overgangswervels.

De heer Kouwer repliceert, dat hij zich met de opvatting van Litzman niet kan vereenigen, omdat hij den hoogen stand van 't promontorium met een diepe inzakking van 't sacrum onvereenigbaar acht.

Het is waar, dat de aanwezigheid van overgangswervels de verklaring bemoeilijkt. Bij vele bekkens kan men niet zeggen of er een overgangswervel is of niet; zij kunnen in het sacrum verborgen liggen. De quaestie is niet uit te maken zonder 't geheele skelet.

Wat de diepe fossa prae-auricularis en de daarvoor gelegen exos-

tose betreft, deze is geen bewijs voor de stelling van prof. Treub.

Er wordt aan de voorzijde van 't bekken zóo hard getrokken, dat zoowel de gleuf als de exostose daardoor kunnen worden verklaard, even goed als door een dieper zinken van het sacrum.

Prof. Treub stemt toe, dat een stellig bewijs noch voor de ééne noch voor de andere stelling te geven is. Hij zou echter gaarne nog de volgende vraag willen doen. Hoe stelt gij u voor dat, als een individu met een spleetbekken gaat staan, de tegendruk van de femora de draaiing der heupbeenderen bewerkt? Bij de oude Litzman'sche explicatie geschiedde het uitéénwijken van den bekkenring doordat een smaller deel van het sacrum tusschen de heupbeenderen kwam en de lig.ta vaga de achtereinden der darmbeenderen naar elkaar toetrokken.

De heer Kouwer verwijst naar Waldeyer, wiens doorsneden hebben bewezen, dat de zaak niet zoo eenvoudig is, als Litzman ze heeft voorgesteld. Het sacrum heeft nl. een gecompliceerden vorm: het is niet met een eenvoudige wig te vergelijken, maar het bovenste deel van de wig werkt in tegengestelden zin van het onderste. Spreker heeft zich de zaak zóo voorgesteld. Bij het spleetbekken is de inter-acetabulair-lijn veel langer en staat meer naar achteren dan bij 't gewone bekken. De drukking der femora tegen de eindpunten van die lijn, in verband met de tegendrukking van de romplast op het sacrum, moet de heupbeenderen naar buiten roteeren.

De heer Nijhoff maakt de opmerking, dat al de aanwezige spleetbekkens buitengewoon korte ligg. tuberoso- en spinoso-sacra hebben. Wanneer dit als een primaire toestand mag worden opgevat, dan zou het onderste deel van 't sacrum noodzakelijk meer naar voren moeten staan. Hiermee zou het bezwaar van den heer Kouwer tegen den heer Treub vervallen, dat het sacrum niet in zijn geheel naar beneden is verplaatst. Immers, wanneer het onderste deel van het sacrum door een kort bandapparaat is gefixeerd, dan zou òf een sterkere concaviteit van het sacrum, bij dieper zakkend promontorium, moeten ontstaan, òf het sacrum blijft, ondanks zijn pogen tot dieper inzinken, op zijn plaats.

De heer Kouwer heeft zich de zaak omgekeerd voorgesteld. Hij ziet in de verkorting der ligamenta een secundair verschijnsel, opgetreden als gevolg van de vernauwing der incisura ischiadica, welke weer een gevolg is van de verplaatsing der tubera ischii naar binnen bij de buitenwaartsche rotatie der darmbeenderen.

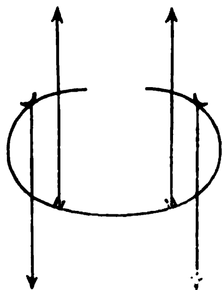
De heer Nijhoff kan zich niet denken, dat de draaiing der darmbeenderen met vormverandering van de incisura ischiadica gepaard zou gaan.

De heer Meurer merkt op, dat het groote verschil in uiteen-

wijken der schaambeensuiteinden bij staan en bij liggen, waarop Prof. Treub heeft gewezen, een aanwijzing is om bij voorkomende gevallen na te gaan hoe die afstand wordt bij individuen die zitten. In die houding blijft de zwaartekracht behouden, terwijl de tegendrukking der femora ontbreekt. Het al of niet grooter worden van den afstand bij 't zitten kan dus een argument geven vóor of tegen de opvatting van Prof. Kouwer.

De heer Kouwer waardeert deze aanwijzing. Men kan hier de chirurgen attent op maken, die zulke gevallen in verband met ectopia vesicae meermalen te zien krijgen,

De heer Schoemaker tracht de quaestie te vereenvoudigen door ze te brengen in een mathematisch figuur. Hij teekent den gespleten bekkenring met de beide articulationes sacro-iliacae en de heupkommen, en wijst door pijltjes de richting aan van de zwaartekracht eenerzijds, de tegendrukking der femora anderzijds. De beide krachten vormen een koppel, en de plaats der aangrijpingspunten bepaalt, of de rotatie van het heupbeen naar binnen of naar buiten geschiedt.



De heer Treub merkt op, dat dit theoretisch heel juist is, maar praktisch niet opgaat, omdat het niet mogelijk is nauwkeurig het aangrijpingspunt van de krachten te bepalen. Bij het hier aanwezige gespleten kinderbekken staan, voor zooverre men uit 't gepraepareerde voorwerp een conclusie trekken mag, de aangrijpingspunten recht tegenover elkaar. Dit zou dus niet voor de theorie van Prof. Kouwer pleiten.

De heer Barnouw meent, dat bij de discussie nog een gewichtig moment over 't hoofd ts gezien. Er is opgemerkt, dat bij het spleetbekken de ossa pubis verder uitéen wijken, wanneer de patiënt gaat staan. Hij heeft bij een chirurgische patiënt hetzelfde kunnen waarnemen. Hij heeft echter gemeend, dat spierspanning hierbij een rol speelde; bepaaldelijk contractie van den musculus quadratus femoris. Zeker is, dat nà symphyseotomie de spleet wijder gaapt bij rotatie der dijbeenen naar buiten. Bij de staande patiënt zijn de dijbeenen buitenwaarts geroteerd. Hij gelooft dus, dat bij de verklaring ook de werking der spieren in aanmerking dient te komen.

De heer Stratz wijst op het verschil in afstand der spin. poster. bij het mannen- en het vrouwenbekken.

Hiermede wordt de discussie gesloten.

De heer Nijhoff demonstreert een stuk buikwand, gereseceerd bij eene patiënte die na een laparotomie, voor 15 jaar door zijn

voorganger verricht, een kolossale hernia ventralis had gekregen. De operatie had bestaan in verwijdering van een uterus-tumor met extra-peritoneale behandeling van de stomp.

In de breukzak werd een stuk omentum met een restant van den uterus gevonden. Laatstgenoemde was vergroeid met den breukzakwand. Net en uterus werden verwijderd; daarna werden peritoneum, fascia en huid afzonderlijk gehecht. Ofschoon er een groot stuk buikwand werd gereseceerd, konden peritoneum en fascia goed worden vereenigd.

Prof. Kouwer vraagt, op welke wijze bij de eerste laparotomie de hechting was gelegd. Het antwoord luidt, dat waarschijnlijk alle lagen in éens waren gevat, behalve in 't onderste deel van de wond.

Prof. Treub vertoont hierop een trommel, die onder den naam „nécessaire du Dr. Garrigues" door den heer Utermöhlen in den handel wordt gebracht. De trommel bevat al de benoodigdheden voor een partus; de bedoeling is dus, dat hij door de aanstaande moeder zal worden aangeschaft, die dan verder voor niets heeft te zorgen.

Uit den trommel komen voor den dag antiseptica en een maatglas om deze af te meten; een tubus met gesteriliseerde vaseline; een borstel, reep, vaginaalcanule en, als hoofdzaak, gecomprimeerde watten, in kleine plakjes afzonderlijk verpakt, zoodat men niets heeft aan te raken. dan wat men direct noodig heeft. Voorts, op gelijke wijze verpakt, ongezoomde reepen flanel in drie vormen, bestemd voor sluitlakens, navelbandjes en borstverband.

De trommel kost circa *f* 25.

Hierop doet de heer Treub mededeeling van een geval van S. Caesarea met twijfelachtige indicatie.

Het betrof een I-gravida van 44 jaren met matige rachitische bekkenvernauwing.

Bekkenmaten als volgt:

Omtrek 89.

D. spin. 25.

D. crist. 26.

Conj. inclin. 10,5 (Walcher 11,5).

Hoogte symph. 5.

C. vera ± 9 (Walcher ± 10).

Rechte afm. uitgang 9,2 (in steensnee-houding 10).

Dist. tub. 9 (in steensnee-houding 9,2).

Voornamelijk op grond van de uitgangsvernauwing, en rekening houdende met het feit, dat een vrouw van 44 jaar niet veel kans heeft op een tweede kind, werd besloten partus praemat. op te

wekken, en een week of drie vóor 't berekende einde der zwangerschap de eivliessteek verricht. Dit geschiedde op den morgen van 16 Oct.

17 Oct., 's middags 3 uur krachtige weeën. 's Avonds 7 uur portio verstreken.

18 Oct. 's morgens te 9 uur, ontsluiting 1 cM. Morphine, wegens oververmoeienis van de parturiens.

's Middags 3 uur: weeën zeer krachtig en pijnlijk.

's Avonds 8 uur: ontsluiting niet toegenomen. Ostium digitaal verwijd tot 2,5 cM.

19 Nov. 's morgens 9 uur. Contractie-ring een paar vingers boven de symphysis; ontsluiting niet gevorderd.

Blaas gekatheteriseerd. Eiwit in de urine. 9.30 Eklamptische aanval.

Toen werd tot Sectio Caesarea besloten.

Spreker legt er nadruk op, dat niet de eklampsie, maar het leven van het kind de indicatie gaf voor de S. C. Het termineeren van den partus had ook op andere wijze kunnen geschieden. Men had kunnen dilateeren met den dilatator van Tarnier, of wel de snelle dilatatie volgens Bonnaire verrichten, welke methode daarin bestaat, dat men de twee wijsvingers in 't ostium invoert en die uit elkaar werkt. Dan worden 2, dan 3, dan 4 vingers van elke hand ingebracht. De rekking kan zoover gaan, dat men met de vingers bijna den bekkenwand raakt.

Deze methode zou echter in casu voor 't kind slechts een matige prognose gegeven hebben, omdat het caput nog hoog stond en door een vernauwden bekkenuitgang passeeren moest.

Spreker had ook morphine kunnen geven tegen de eklampsie, het succombeeren van het kind afwachten en dan perforatie doen. Waarschijnlijk zou hij een dezer methoden hebben verkozen, wanneer het niet met een primigravida had gegolden op gevorderden leeftijd, met heel weinig kans op een tweede kind.

Hier, waar het leven van het kind van zoo hoog belang was, heeft hij de Sectio Caesarea verkozen.

De operatie leverde niets bijzonders op. De temperatuur bedroeg 's middags 37,7, 's avonds 38,2. Verder is patiënte glad genezen. Alleen vertoonde zij 24 uur nà de operatie nog twee maal een aanval van eklampsie.

In aansluiting aan deze mededeeling laat Prof. Nijhoff een photographie rondgaan van een rachitische dwerg bij wie op absolute indicatie S. C. werd verricht. De vrouw vertoonde het osteomalacische type van 't rachitisch bekken. De krukken, die haar onder de schouders steunden waren slechts 65 cM. lang. Bij 't inwendig onderzoek kon de vinger ternauwernood in 't kleine bekken

worden gebracht. De vrouw werd in partu binnengebracht. Het kind was asphyctisch en kon niet worden bijgebracht.

Naar aanleiding van het door den Heer Treub medegedeelde geval, zegt prof. Kouwer dat hij zich met de indicatie voor de S. C. geheel kan vereenigen, maar dat hij de indicatie voor den partus praematurus niet recht begrijpt.

. De heer Treub herinnert dat er een vrij belangrijke uitgangsvernauwing bestond, die ook in steensnee-houding grootendeels bleef bestaan. Deze uitgangsvernauwing is bedenkelijker voor de prognose van 't kinderleven dan een ingangsvernauwing, vooral in een geval als dit, waar door de rigiditeit der weeke deelen een langdurige partus voor de deur stond.

Prof. Kouwer informeert naar lengte en gewicht van het kind. De lengte was 46 cM., het gewicht 2500 gram.

Op de vraag van prof. Kouwer, of de heer Treub een zoodanige uitgangsvernauwing als indicatie beschouwt voor partus praematurus luidt het antwoord: bij jonge primigravidae zeker niet.

De heer Nijhoff vraagt, of prof. Treub als middel om partus praematurus op te wekken hier bij voorkeur de eivliessteek heeft toegepast. Het behoud van 't vruchtwater was toch zeker niet zonder beteekenis voor het leven van 't kind.

De heer Treub repliceert, dat volgens de uitgebreide statistiek van de Weener kliniek er geen onderscheid bestaat, wat duur en resultaat van den partus betreft, tusschen de verschillende methoden tot het opwekken van partus praematurus. Zoolang dit het geval is houdt hij aan den stelregel vast, dat de eenvoudigste obstetrische operatie de beste is.

De heer Polak maakt de opmerking, dat de praktiseerende geneeskundigen dikwijls op andere wijze tegenover de quaesties gesteld worden dan de hoogleeraren in klinieken. Voor eenigen tijd is hij in de noodzakelijkheid geweest Sectio Caesarea te doen in een geval waar eklampsie een directe indicatie gaf. Hij had nl. in een dorp bij Rotterdam een ribresectie te verrichten, en kon niet lang van huis blijven, toen twee collega's hem in consult haalden bij een parturiens van 43 jaar, die sinds twee dagen in eklamptische aanvallen lag. De woning was afgelegen en hoogst ongeschikt voor operatie-terrein, zoodat hij weinig lust in de S. C. had. De beide collega's drongen er echter sterk op aan, zeggende, dat de vrouw zeker dood ging als hij weigerde. Met geen andere instrumenten dan twee nieuwe bistori's en zijn instrumentarium van de ribresectie moest hij er dus toe overgaan. Kokend water was in de woning in overvloed te krijgen. Overigens waren de omstandigheden allertreurigst.

Het kind, dat hij levend ontwikkelde, bezweek na een half uur. De vrouw bleef in leven na een normaal wondverloop.

Een ander geval, waar spreker een moeilijken partus bij vernauwd bekken te leiden had, doet hem voor een eventueel volgenden partus de wenschelijkheid van S. C. overwegen, en hij zou gaarne het oordeel der vergadering over deze indicatie vernemen.

De patiënte was een I gravida met bekken, waarvan de afmetingen bedroegen:

Dist. Spin. 22
Dist. Crist. 25
Conj. diag. 10, 8
Dist. trochant. 30.

Wegens de vernauwing had spreker zijn patiënte de laatste twee maanden van de zwangerschap op het dieet van Prochownick gezet. De vrouw nam daarbij 4 Kg. af in gewicht. September jl. was zij à terme.

Den 20 Sept. traden matige weeën op, waarbij vruchtwater afvloeide. Donderdag, Vrijdag en Zaterdag duurden de weeën voort, en daalde het hoofd in wandbeensligging in. Zondag bedroeg de ontsluiting nog niet meer dan 3 à 4 cM. Toen heeft hij in narkose de dilatatie geforceerd, en door een zeer moeilijke versie en extractie een dood kind ter wereld gebracht. Ondanks de dieetkuur was het hoofd hard en groot. De vrouw bekwam een perineaalruptuur, overigens is de partus voor haar gunstig verloopen.

Spreker zou nu gaarne willen beslissen, of bij een volgende zwangerschap partus arte praematurus of S. Caesarea de meest gewenschte operatie is, en zou daarover gaarne het oordeel der aanwezigen vernemen.

Prof. Treub zegt, dat het eerste geval van den heer Polak niet dienen kan als illustratie van de noodzakelijkheid om bij eklampsie Sectio Caesarea te doen. Als de patiënte twee dagen in eklamptische aanvallen gelegen heeft dan is de eklampsie niet behandeld of slecht behandeld. Bij goede behandeling was er heel veel kans geweest, dat de vrouw zonder S. C. genezen zou zijn. Wat het tweede geval betreft, hier acht Spr. S. C. stellig niet de aangewezen therapie. De graad van vernauwing geeft alléen aanleiding om de verhouding tusschen hoofd en bekken onder contrôle te houden, om, zoo noodig, ter rechter tijd partus praematurus op te wekken. Ondanks de gunstiger resultaten die de S. C. in de laatste jaren geeft, is zij geen onschuldige operatie. Daarom mag S. C. op relatieve indicatie alléen door geoefende operateurs worden verricht. Toen indertijd door van der Meij in deze Vereeniging een geval van S. C. op relatieve indicatie ter sprake werd gebracht, heeft

Spreker tot dezen gezegd: „Gij moogt hier S. C. doen, omdat gij „een reeks gelukkige operaties achter u hebt: ik zou het niet mo„gen doen".

Dit zelfde standpunt blijft spreker innemen. En hij legt er tegenover zijn leerlingen nadruk op, dat de relatieve indicaties waarop hij (Treub) S. C. verricht en mag verrichten, voor minder geoefenden geen indicaties mogen zijn.

Een tweede quaestie is deze, dat de condities voor operatief ingrijpen in private woningen zóoveel ongunstiger zijn dan in een ziekeninrichting, dat de eisch moet gesteld worden: S. C. op relatieve indicatie mag alléen geschieden in een ziekenhuis.

Houdt men niet streng aan deze twee eischen vast, dan zal er misbruik gemaakt worden van de S. C. Bij het verminderd levensgevaar der groote operaties zullen vele vrouwen er misschien levend afkomen, maar er is nog iets hoogers dan dat wij onze patiënten niet vermoorden: n.l. dat wij ze niet mutileeren.

De heer Polak komt op tegen de uitspraak van den heer Treub, als zou de eklamptica waarbij hij in consult geroepen werd, niet goed behandeld zijn. De twee medici deden wat zij konden; pat. kreeg morphine, nu en dan werd chloroform toegediend, maar de vrouw woonde afgelegen, en het was niet mogelijk er voortdurend bij te zijn.

De heer Treub repliceert, dat dan de behandeling slecht was, niet door de schuld der medici maar door de schuld der omstandigheden. Het feit blijft niettemin waar.

Wat het tweede geval betreft, merkt de heer Polak op, dat het moeilijk is een jong paar voor de keus te stellen tusschen partus praematurus en S. C. wanneer het gaarne een levend kind zoude hebben, en beide operatiën hun gevaar medebrengen.

De partus praematurus verloopt niet altijd even glad, zooals uit het geval van Prof. Treub blijkt; en zijn dan de omstandigheden bij een S. C. à terme, in een ziekenhuis verricht, niet gunstiger èn voor de moeder, èn voor het kind?

De heer Kouwer zegt, dat dit geval hem voorkomt juist uitnemend voor part. praem. geschikt te zijn. Alleen moet men zich het recht voorbehouden, zoo noodig S. C. te doen.

De heer Barnouw sluit zich geheel bij Prof. Kouwer aan.

Hiermede eindigt de discussie, en verkrijgt de heer Schoemaker het woord voor zijne mededeeling over cocaine-anaesthesie van het ruggemerg.

Spreker brengt de gevaren der inhalatie-narcose in herinnering, en wijst op het tegenwoordig streven, om deze door locale anaesthesie te ontgaan. Voor die locale anaesthesie is hoofdzakelijk co-

caïne gebruikt, eerst als onderhuidsche injectie, toen met beter succes volgens de Schleich'sche methode, in homoeopathische dosis; daarna als regionaire anaesthesie, door de zenuwstammen gevoelloos te maken, die het operatie-terrein beheerschen. In den laatsten tijd is men nog een schrede verder gegaan, en heeft een gesteriliseerde cocaïne-oplossing geïnjicieerd in de dura mater van 't ruggemerg. Bier, Tuffier en anderen hebben in deze richting gewerkt. Spreker voelde zich tot de methode aangetrokken, en ging ze door Tuffier zien toepassen. Onder de vijf operaties, die hij bijwoonde, was een totaalexstirpatie van den uterus en de adnexa, waarbij de patiënte absoluut geen pijn had. Spreker heeft de patiënten nog eenige dagen nà de operatie waargenomen, en geen onaangename nevenverschijnselen gezien. Toen is hij de methode zelf gaan toepassen, en beschikt nu over een zevental gevallen.

De eerste patiënt was een man met een beklemde breuk. Spreker spoot 10 mgr. cocaïne in de dura mater van 't ruggemerg in. De man voelde eerst kriebeling in de beide voeten, toen doofheid in de beenen, daarnà verdween de pijn in den buik. Van de operatie heeft hij niets gevoeld.

Ook het tweede geval, eveneens een hernia incarcerata, ging goed. De patiënt was angstig en vroeg om chloroform, doch werd tevreden gesteld met een paar druppels eau de cologne op een chloroform-kapje. Deze patiënt voelde elke aanraking, maar geen pijn.

Het derde geval, een totale ruptuur van het perineum, mislukte tengevolge van een sterke kypho-skoliose, waardoor de injectienaald niet binnen de dura mater kwam. In dat geval moest chloroform worden gegeven.

Niet geheel voldoende was de anaesthesie bij een Miculicz-operatie wegens caries van den voet. Het inspuiten verliep gewoon. Snijden, knijpen en zagen deed geen pijn, maar het sterk omleggen van den voet was pijnlijk. Na een half uur trad pijn op, die geleidelijk toenam. De cocaïne had blijkbaar uitgewerkt.

Bij een jongentje van 14 jaar met beklemde breuk bleek de ingespoten dosis (5 mgr.) onvoldoende. Er moest chloroform worden gegeven.

In een ander geval, een uiterst debile patiënt met urethraalfistel, traden collapsverschijnselen op, die nà injectie van kamferaether in 10 minuten voorbij gingen.

Ook bij andere patiënten werd, circa 20 min. nà de inspuiting, geconstateerd dat de pols eenige oogenblikken minder resistent was.

Drie uur nà de operatie kregen alle patiënten congestie. Zes uur nà de operatie steeg de temperatuur tot 38, 38,3, 39: een enkele maal zelfs tot 40, zonder dat de patiënten daarvan onaangename

gewaarwordingen hadden. Alle patiënten klaagden den volgenden dag over hoofdpijn.

Spreker meent dat de nieuwe methode naast de algemeene narkose een plaats verdient. Zij kan concurreeren met een narkose van $^1/_2$—$^3/_4$ uur.

Een bezwaar is, dat men de giftigheid van cocaïne bij inspuiting in den duraalzak nog niet beoordeelen kan. Dierproeven geven hier weinig, daar de resultaten van het dierexperiment niet altijd op den mensch toepasselijk zijn.

Prof. Nijhoff herinnert dat Bier onlangs in 't Centralblatt für Chirurgie gewaarschuwd heeft tegen cocaïne-injecties in 't ruggemerg, op grond van onaangename ervaringen daarbij opgedaan.

De heer Schoemaker zegt, dat hij aan dit stukje niet veel waarde hecht. Hij heeft den indruk, dat Bier ontstemd is, omdat Tuffier met de eer gaat strijken, en nu even hard tegen de methode fulmineert, als hij er vroeger voor ijverde.

Dr. Mendes de Leon vraagt, met het oog op de temperatuursverhooging door Dr. Schoemaker vermeld, of de heer Schoemaker een gesteriliseerde oplossing heeft gebruikt. In Parijs was men zeer enthousiast voor de methode, maar men gebruikt daar algemeen zorgvuldig gesteriliseerde oplossingen.

De heer Schoemaker zegt, dat hij natuurlijk, waar hij in het ruggemerg inspoot, wel gezorgd heeft een gesteriliseerde oplossing te gebruiken.

De heer Vermey was in 't begin ook zeer ingenomen met plaatselijke analgesie, tot hij eens, bij 't verwijderen van een unguis incarnatus verschijnselen van cocaïne-vergiftiging zag optreden met wijde pupillen, convulsies en collaps. Hij heeft toen, hoewel patiënt spoedig bijkwam, grooten angst uitgestaan, en later steeds met een schlauch geopereerd. Later heeft hij de verdunde oplossingen van Schleich gebruikt. Zijn ervaringen daarmede zijn echter niet gunstig. Hij vindt het een nadeel dat de patiënten alles waarnemen. Er zijn ook tal van plaatsen waar de infiltratie-analgesie onvoldoende blijft De methode van Tuffier heeft hij nog niet toegepast, omdat men, bij het toedienen van weer grootere doses cocaïne, het resorptie-gevaar in 't geheel niet in zijn macht heeft.

De heer Ribbius meent, dat de methode misschien in de obstetrie een toekomst heeft. In 't Centralblatt für Gyn. zijn een paar gevallen meegedeeld, die zonder de minste onaangename nevenwerkingen beliepen. Hij ziet daarom met verlangen te gemoet, dat Bier zijn belofte vervullen en een nieuwe methode in deze richting uitwerken zal.

De heer Kouwer wenscht den Heer Schoemaker geluk met

zijn moed om zich aan deze methode te wagen. Hij hoopt, dat die moed beloond zal worden door het uitblijven van onaangename ervaringen, maar vreest dat deze zullen komen. De giftige werking van cocaïne is vooralsnog geheel onberekenbaar.

Hierop wordt de Vergadering gesloten.
